



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Adição e Reinserção Social

Perfil pessoal e de consumos dos ex-reclusos sem abrigo como determinantes do sucesso da reinserção

Nome da Autora:

Telma Alexandra da Silva Cunha

Nome da Orientadora:

Professora Doutora Maria de Lurdes Fonseca

Relatório de Estágio para obtenção de grau de Mestre
em Política Social

Lisboa
2015

VALORIZAMOS PESSOAS



**Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas**
UNIVERSIDADE DE LISBOA

VALORIZAMOS PESSOAS

WWW.ISCSP.ULISBOA.PT

Agradecimentos

A realização deste Relatório de Estágio para a obtenção de grau de Mestre em Política Social contou com o apoio de pessoas bastante importantes sem as quais este relatório nunca teria sido realizado.

À Professora Doutora Maria de Lurdes Fonseca agradeço pela sua orientação, pelo seu apoio e principalmente pela sua disponibilidade. Foi um alicerce fundamental ao longo desta jornada.

Ao Dr. Marco António, orientador de estágio do Espaço Aberto ao Diálogo, pela dedicação que teve ao dar-me todas as possibilidades de aprendizagem dentro da instituição.

À Dr.^a Inês Pinheiro pelo apoio incondicional nas alturas menos boas e pela amizade que ficou após este estágio.

Ao Dr. Luís Cruz e António Parente pela boa disposição durante toda esta caminhada inclusive nas horas de maior pressão.

Por fim agradecer aos meus pais e irmãos pelo apoio, compreensão e paciência que foram fundamentais para concretizar este trabalho.

Índice

1- Introdução	1
2- Apresentação da Instituição Comunidade Vida e Paz	2
2.1- História da Comunidade Vida e Paz	2
2.2- Objectivo e Valores da Comunidade Vida e Paz	3
2.3- Actividades	10
2.4- Alcance/ Resultados	12
3- Enquadramento Teórico	18
3.1- Problemática dos Sem Abrigo	18
3.1.1- Políticas direccionadas às pessoas sem abrigo até 2009	20
3.1.2- Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo (2009-2015)	21
3.1.3- Plano Cidade para a Pessoa Sem abrigo – Lisboa	28
3.2- Exclusão Social e Pobreza	31
3.3- Toxicodependência	32
3.3.1- Relação entre Droga e Crime	35
3.3.2- Tratamento	36
3.3.3- Reinserção	39
3.3.4- Evolução das principais políticas públicas em matéria de droga	40
3.3.4.1- Até aos anos 70	41
3.3.4.2- Anos 70	41
3.3.4.3- Anos 80	42
3.3.4.4- Anos 90	44
3.3.4.5- Avaliação Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012	48
3.4- Alcoolismo	50
4- Metodologia – Trabalho de Estágio	54
4.1- Descrição das Actividades Desenvolvidas	66
4.2- Discussão dos Resultados – análise crítica das actividades desenvolvidas	73
5- Conclusões	86
Bibliografia	90
Anexo I	97
Anexo II	99
Anexo III	124

Índice de Figuras e Tabelas:

Figura 1- Estruturas da Comunidade Vida e Paz	4
Tabela 1 Média de Idades	82
Tabela 2- Idade	82
Tabela 3- Estado Civil	82
Tabela 4- Motivos	83
Tabela 5- Problemáticas.....	83
Tabela 6- Drogas.....	84
Tabela 7- Outros	84
Tabela 8- Contacto com familiares	85

Siglas

EAD- Espaço Aberto ao Diálogo

CAT- Centro de Atendimento a Toxicodependentes

GIPSA- Grupo Interinstitucional das Equipas de Rua que Acompanham as Pessoas Sem Abrigo na Cidade de Lisboa

IDT- Instituto da Droga e Toxicodependência

IEFP- Instituto do Emprego e Formação Profissional

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISS- Instituto de Segurança Social

PSP- Polícia de Segurança Pública

SCML- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SEF- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SES- Serviço de Emergência Social

VITAE- Associação de Solidariedade e Desenvolvimento Internacional

1- Introdução

Este trabalho surge no seguimento de um estágio no Espaço Aberto ao Diálogo, Comunidade Vida e Paz, instituição que intervém junto das pessoas sem abrigo na cidade de Lisboa.

A escolha do local para a realização do estágio ocorre depois da participação, enquanto voluntária, na Festa de Natal das Pessoas Sem Abrigo da cidade de Lisboa, que todos os anos acontece na cantina da Cidade Universitária. Ao contactar com esta população senti necessidade de saber mais sobre ela, e, tendo conhecimento que a prática de crimes está a ela associada e estando eu na altura a frequentar a pós-graduação em Criminologia e Reinserção Social, no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, considerei que o Espaço Aberto ao Diálogo, enquanto local de triagem, me iria possibilitar um leque maior de contacto com estas pessoas e com as diversas problemáticas a elas associadas.

Para trabalhar sobre as problemáticas da Instituição houve necessidade de enquadrar e aprofundar conhecimentos teóricos. Ao nível da aprendizagem teórica o pretendido era aprofundar o conhecimento das diversas problemáticas implicadas no fenómeno das pessoas sem abrigo, nomeadamente a exclusão social, o consumo de substâncias psicoactivas e o desenho e evolução das políticas públicas aplicadas à gestão destas diversas problemáticas. Relativamente à componente prática do estágio, o pretendido era contactar com metodologias e práticas de intervenção, nomeadamente aprender técnicas e, de seguida, aplicá-las junto das pessoas sem abrigo que vinham pedir ajuda à Instituição. Por outro lado pretendeu-se não só contactar com o público-alvo mas também com os técnicos, com a sua experiência em trabalho de equipa e com o conjunto de respostas que a cidade de Lisboa tem para oferecer a quem se encontra nesta situação de exclusão.

Neste sentido, este trabalho surge com dois objectivos essenciais: 1) aprofundar conhecimentos não só a nível da aprendizagem da teoria acerca do fenómeno em estudo, mas também das técnicas e práticas da intervenção; 2) reflectir sobre o trabalho desenvolvido ao longo do estágio mas também acerca da intervenção que o Espaço Aberto o Diálogo faz junto dos utentes tanto considerada individualmente como enquanto parte incluída de uma rede mais vasta de respostas sociais direccionadas aos sem abrigo da cidade de Lisboa.

2- Apresentação da Instituição Comunidade Vida e Paz

2.1- História da Comunidade Vida e Paz

A Comunidade Vida e Paz é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, criada em 1989, que se dedica à recuperação de pessoas sem abrigo tendo como fim último a sua reinserção a nível familiar, social, escolar e profissional. A Comunidade foi fundada por um grupo de católicos e pela irmã Maria Gonçalves com o objectivo de ajudar as pessoas que estavam em condição de sem abrigo em Lisboa. Os trabalhos iniciaram-se em 1988 com a abordagem de rua que consistia na distribuição de um saco com sandes e bolos e de um copo de leite, à população que dormia na rua, numa lógica de ir ter com as pessoas no seu local de pernoita (Comunidade Vida e Paz, 2013a).

Até 1989 a Comunidade não tinha uma sede, no entanto promovia junto do Campo Mártires da Pátria encontros e encaminhamentos dos utentes para respostas sociais. Nesse mesmo ano foi ocupado provisoriamente um espaço nas instalações da Cáritas em Lisboa. Depois da aprovação canónica foi celebrada a primeira Festa de Natal para as Pessoas Sem Abrigo em 1989. Já no ano de 1990 a Comunidade adquiriu um apartamento na Damaia, hoje um dos apartamentos de reinserção social, onde passou a funcionar a sede. Nesta altura as Equipas de Rua iniciaram a sua actividade, constituídas por diversos voluntários e funcionários da instituição. Deu-se também início ao Espaço Aberto ao Diálogo (EAD) que funcionava num autocarro de dois andares, cedido pela Carris, que estava estacionado no Campo Mártires da Pátria visto ter sido aí o início das intervenções com esta população (Comunidade Vida e Paz, 2013a).

Em 1992 a Comunidade mudou de sede novamente passando para as instalações de Alvalade, que se mantêm até aos dias de hoje. Em 1993 iniciaram-se actividades no Centro da Tomada (Comunidade Terapêutica e de Inserção). Em 1994 o apartamento da Damaia sofreu modificações para desempenhar as funções de acolhimento pós-alta e a Quinta do Espírito Santo, actualmente Comunidade de Inserção, foi doada por um cidadão belga que para “troca” exigiu apenas ser acolhido pela instituição quando atingisse uma idade avançada. Em 1997 o Centro Moimento de Fátima e a Quinta do Espírito Santo iniciaram obras e em 1999 foi arrendado o apartamento de Leiria, mais uma resposta de inserção no pós-alta. Em seguida surgiu a Unidade de Vida Activa, em Fátima, uma resposta ao nível do apoio ao emprego (Comunidade Vida e Paz, 2013a).

Em 2001 foi criada a COVIPAZ, uma empresa de inserção e em 2005 inaugurada a Unidade de Desabilitação do Centro da Tomada. Nesse ano o Espaço Aberto ao Diálogo deixou o autocarro e passou a funcionar nas instalações da sede, em Alvalade. Em 2006 foi inaugurada a Unidade de Vida Autónoma que se destinava a dar resposta a pessoas com problemas do foro psiquiátrico e a Equipa de Intervenção Directa que implica a ida dos técnicos à rua, em horário laboral, para responder a sinalizações feitas pelas Equipas de Rua da noite. Em 2011, tendo em conta a enorme procura deste Espaço, este passou a sedear-se no Espaço Vasco Neves em Chelas. Neste mesmo ano surgiu o apartamento de reinserção partilhado de Odivelas (Comunidade Vida e Paz, 2013a).

2.2- Objectivo e Valores da Comunidade Vida e Paz

A Comunidade pretende criar respostas sociais que visem a recuperação da dignidade desta população, considerando para isso necessário procurar, acolher, motivar, recuperar, reinserir e acompanhar, ajudando na construção de projectos de vida (Comunidade Vida e Paz, 2013a). Para a Comunidade são exponenciais máximos o garante da Dignidade da Pessoa Humana, trabalhando para o Bem Comum, em nome de uma Justiça Social baseada no princípio da Subsidiariedade (Comunidade Vida e Paz, 2013a).

A instituição pretende dinamizar um conjunto de respostas não só às necessidades mas também às potencialidades das pessoas com quem contacta e trabalha. Esta missão inspira-se e orienta-se pela Doutrina Social da Igreja e sustenta-se nos seguintes valores: Esperança, Comunidade, Equidade, Solidariedade, Verdade, Comprometimento, Tolerância, Espiritualidade, Compaixão e Gratidão (Comunidade Vida e Paz, 2013a).

Tendo em conta os objectivos a que se propõe, a Comunidade Vida e Paz desenvolve uma série de procedimentos desde o contacto com as pessoas sem abrigo na rua, com o objectivo de os motivar a mudar de vida, passando depois por uma fase intermédia, o Espaço Aberto ao Diálogo, onde é feito o acolhimento dos indivíduos que foram sinalizados pelas Equipas de Rua, e onde se pretende dar respostas às suas necessidades que podem ser ao nível da documentação, satisfação das necessidades básicas, ou de encaminhamento se necessário, para Comunidades Terapêuticas ou de Reinserção (Comunidade Vida e Paz, 2013a).

De seguida irei explicar como se desenvolve o trabalho nas diversas estruturas de acompanhamento dos utentes na Comunidade Vida e Paz (Figura1).

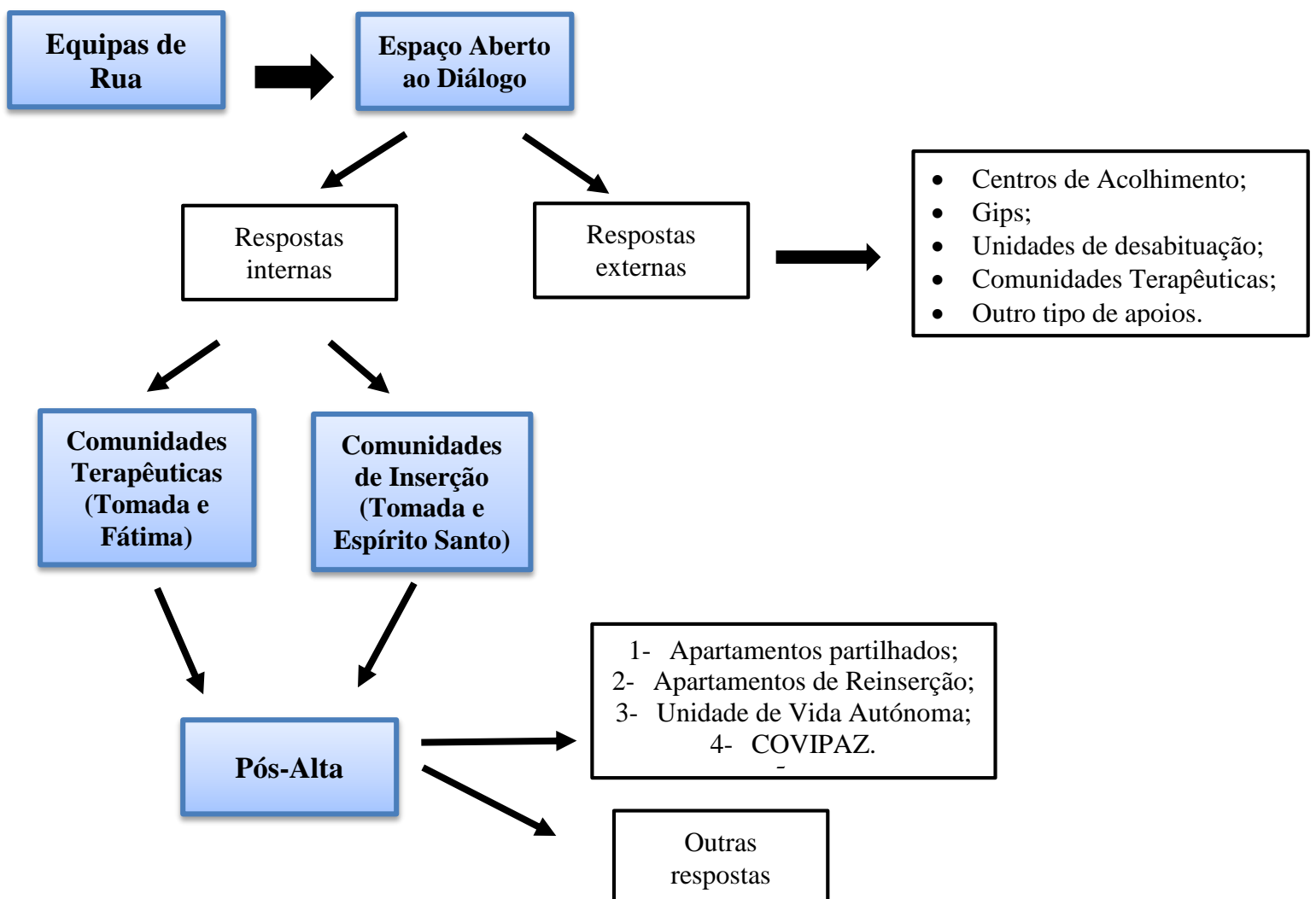


Figura 1- Estruturas da Comunidade Vida e Paz

1. Equipas de Rua/ Equipas da Noite

As Equipas de Rua, ou Equipas da Noite, são constituídas por cerca de 600 voluntários, que percorrem 365 dias por ano a cidade de Lisboa, indo ao encontro das pessoas sem abrigo, tentando criar com elas uma relação de confiança e tentando motivá-las a mudar de vida (entenda-se sair da rua e reabilitar-se). Esta aproximação é feita através da distribuição de alimentos e roupas, um meio para chegar a um fim último que passa por tentar motivar estas pessoas a mudar de vida e a procurar junto do Espaço Aberto ao Diálogo respostas para as suas necessidades. Para isto, todas as noites são contactadas cerca de 600 pessoas nas 4 voltas diárias (54 Equipas). Estas voltas, denominadas de A, B, C e D e que contemplam cerca de 90 lugares na cidade de Lisboa, iniciam-se perto das 20h30 e terminam perto da 01h00/02h00. Ainda ligado à área das Equipas de Rua, e principalmente às refeições, existe uma equipa de voluntários (rotativa) que todos os dias se desloca à sede da Comunidade com o objectivo de preparar as “ceias” (duas sandes, um copo de leite ou iogurte, bolo seco e peça de fruta) que as Equipas da Noite vão distribuir às pessoas sem abrigo (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

Estas Equipas de Rua, que contactam com as pessoas todas as noites, têm como objectivo levá-las a reflectir na mudança, respeitando o seu tempo, e a procurar ajuda junto do EAD para colmatar as suas necessidades. Casos em que as pessoas sem abrigo manifestam esta vontade, as Equipas sinalizam o caso ao Espaço Aberto ao Diálogo, que se organiza, no sentido de ir ter com as pessoas à rua e trazê-las para iniciar processo. As Equipas de Rua constituem uma intervenção direta permanente que se destina a garantir o contacto sistemático com as pessoas sem abrigo (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

2. Espaço Aberto ao Diálogo

O Espaço Aberto ao Diálogo, local de realização do estágio, é uma resposta de regime ambulatorio, onde intervém uma Equipa Técnica que acolhe, motiva, avalia e orienta as pessoas sem abrigo, sinalizadas diariamente pelas Equipas de Rua, ou por outras instituições e serviços, para respostas internas ou para outras instituições e serviços. Este espaço dá resposta às necessidades básicas/urgentes no âmbito da saúde, higiene pessoal, alimentação, regularização de documentação, procura de emprego, etc., com a intervenção de uma equipa técnica constituída por: 1 Assistente Social, 3 Psicólogos, 1 Sociólogo e 1 Terapeuta Ocupacional. Todos eles são gestores de casos, no entanto existem no EAD técnicos com outras funções. Um dos Psicólogos é o responsável, o coordenador, do EAD; outro, para além da gestão dos casos, é responsável pelas actividades da espiritualidade que são realizadas no espaço, e ainda dá

consultas de psicoterapia duas vezes por semana; o Sociólogo é o técnico que participa e representa a Equipa nas reuniões institucionais, nomeadamente GIPSA, reuniões do Grupo das Toxicodependências e com os parceiros. Para além disso é o técnico responsável por assegurar a divulgação dos dados estatísticos, relatório de actividades anual, aos parceiros e à comunidade. Por fim, o Terapeuta Ocupacional, também ele gestor de caso, tem à sua responsabilidade a gestão de um dos apartamentos de partilhados, neste caso, o de Odivelas. Ainda relativamente ao corpo profissional, o EAD tem uma administrativa, um motorista e uma auxiliar. É de mencionar que, não só no EAD como em outras estruturas da Comunidade, existem funcionários ex-toxicodependentes, que representam para os utentes figuras de referência e a prova de que é possível mudar. Estes assumem funções técnicas, de monitores ou de mediadores, administrativas, etc. (Comunidade Vida e Paz, 2003b).

O EAD, a par do atendimento individualizado, dá respostas, enquanto decorre o processo de avaliação e encaminhamento, ao nível do almoço e lanche e proporciona ainda a ocupação orientada dos tempos de permanência nas instalações (Comunidade Vida e Paz, 2003b).

A maioria das pessoas que frequenta o Espaço Aberto ao Diálogo apresenta problemas ligados à Toxicodependência e/ou Alcoolismo ou à Saúde Mental. Neste sentido a Comunidade tem estruturas que respondem às problemáticas associadas ao fenómeno das pessoas em situação de sem abrigo.

3. Comunidades

Para dar resposta a estas problemáticas a Comunidade Vida e Paz dispõe de um programa de tratamento residencial, para utentes do sexo masculino, com duração média de 12 meses, que se estrutura em duas unidades, a primária e a secundária. Por sua vez estas unidades desenvolvem-se através de um conjunto de fases, que se distinguem por diversas actividades (terapêuticas, ocupacionais, de capacitação/treino profissional, educativas etc.), previstas no Modelo Terapêutico, que têm por objectivo a reabilitação do indivíduo (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

Este programa funciona em duas Comunidades Terapêuticas destinadas a acolher toxicodependentes e alcoólicos, com prescrição de metadona (até 100 mg), com ou sem patologia mental associada, para frequência, em regime residencial, do Programa Terapêutico com duração média de doze-dezoito meses, e são elas a Comunidade Terapêutica da Tomada (com capacidade para 64 utentes), onde estão instaladas quatro unidades/ serviços distintos: a

Unidade de Desabilitação (UD), a Comunidade Terapêutica (CT), a Comunidade de Inserção (CI) e a empresa COVIPAZ; e a Comunidade Terapêutica de Fátima (com capacidade para 70 utentes). Estas têm como objectivos:

- Libertar os utentes da toxicod dependência e do alcoolismo;
- Controlar as perturbações dos utentes no âmbito da saúde mental;
- Reabilitar o indivíduo com vista à sua autonomia.

Este programa de recuperação pressupõe duas fases: o tratamento e a reinserção.

O modelo terapêutico vigente na instituição assenta na reestruturação total da pessoa sem abrigo a nível físico, psicológico e espiritual por um período de cerca de 12 meses. Este trabalho é feito por técnicos (Psicólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Enfermeiros) que acompanham o indivíduo desde a situação de exclusão social até à sua reinserção na sociedade. O modelo adoptado nas Comunidades Terapêuticas da Comunidade Vida e Paz assenta no Modelo Minnesota Hierárquico que assenta na reestruturação global da pessoa sem-abrigo nas vertentes física, psicológica e espiritual por um período de aproximadamente 12 meses (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

4. Comunidades de Inserção

Sendo o objectivo último a reinserção, a Comunidade recebe, em Comunidades de Inserção, utentes do sexo masculino, que se encontrem em dificuldade no seu processo de reabilitação social e dá destaque à formação profissional dos mesmos. O objectivo é assegurar a aquisição e o treino de competências pessoais, sociais e profissionais e reabilitar o indivíduo com vista à sua autonomia. A Comunidade Vida e Paz tem duas Comunidades de Inserção: a Comunidade de Inserção da Quinta da Tomada (com capacidade para 21 residentes) que tem como objectivo a total autonomização do utente, a capacitação e o treino social com vista ao sucesso da inserção social e profissional; e a Comunidade de Inserção da Quinta do Espírito Santo (com capacidade para 67 residentes). Aqui desenvolve-se um Programa de Reabilitação para as pessoas sem abrigo, em idade activa, que apresentam várias problemáticas (do foro da saúde, da doença mental, etc.), bem como reduzidas qualificações profissionais e dificuldades de aprendizagem. Estas comunidades são muitas das vezes uma resposta complementar à Comunidade Terapêutica (Comunidade Vida e Paz, 2013b). O que se pretende é então assegurar a aquisição e treino de competências pessoais, sociais e profissionais e reabilitar o indivíduo com vista à sua autonomia e para isto esta comunidade intervém ao nível:

- Áreas profissionalizantes: Jardinagem, artes gráficas, carpintaria;

- Áreas profissionalizantes: Agricultura, artes decorativas, carpintaria, olaria.

5. COVIPAZ – Empresa de Inserção Social

No âmbito da Reinserção desta camada da população, a Comunidade Vida e Paz tem ainda outra valência, a Empresa de Inserção Social, a COVIPAZ, inserida na Quinta da Tomada. A COVIPAZ foi criada em 2001 e tem capacidade para 9 postos de trabalho, acolhendo ex-utentes que concluíram o tratamento nas Comunidades Terapêuticas ou de Inserção, com dificuldades de integração autónoma no mercado de trabalho aos quais, ao abrigo de um contrato de trabalho, é proporcionada uma experiência/ treino socioprofissional, nos domínios da construção civil, limpeza urbana e jardinagem, com vista a uma inserção autónoma e bem-sucedida. Esta empresa tem como objectivos:

- Combater a pobreza e exclusão social, através da inserção profissional;
- Fomentar a aquisição de competências pessoais, sociais e profissionais para o exercício de uma profissão;
- Criar postos de trabalho para pessoas com dificuldades de inserção profissional (Comunidade Vida e Paz, 2003b).

6. Apartamentos partilhados

Esta resposta nasce em 2011 e constitui uma unidade de apoio residencial destinada a receber utentes das Comunidades Terapêuticas e de Inserção que, tendo concluído o programa terapêutico, não dispõem de condições para se instalarem autonomamente e necessitam de suporte psicossocial continuado. Para estarem inseridos nesta unidade, os utentes precisam de ter um projecto de vida concreto, estar integrados profissionalmente ou a frequentar cursos de formação profissional. Existem 2 apartamentos partilhados: o da Damaia (com capacidade para 3 a 4 utentes) e o de Odívetas (com capacidade para 5 utentes) (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

7. Apartamentos de Reinserção

A comunidade dispõe também de Apartamentos de Reinserção que funcionam como Unidades de Transição após a reabilitação do utente. Estes são unidades de apoio residencial para residentes que não têm de condições de se instalarem autonomamente e que carecem de suporte psicossocial que lhes permita uma inserção bem sucedida na sociedade e no mercado de trabalho (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

A Comunidade tem em funcionamento três estruturas: uma em Leiria (capacidade para 7 pessoas), outra na Venda do Pinheiro (capacidade para 8 pessoas) e uma em S. Pedro da Cadeira (capacidade para 7 pessoas), que se encontram integradas, respectivamente, nos Centros de Fátima, da Tomada e do Espírito Santo. O apartamento de S. Pedro recebe apenas indivíduos com diagnóstico de doença mental. Trata-se de respostas de transição para uma vida activa autónoma, de indivíduos que passaram grandes períodos da sua vida na rua ou que passaram mais de 1 ano em respostas de reabilitação mas que ainda não conseguiram autonomizar-se (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

8. Unidade de Vida Autónoma

Ainda no âmbito da reinserção, a Comunidade tem também uma Unidade de Vida Autónoma que se destina a utentes que se encontram numa situação de dependência por doença do foro mental ou psiquiátrico, com alguma autonomia, mas que não têm qualquer tipo de apoio familiar. Estes apartamentos têm como objectivo a transição para uma vida autónoma. Esta unidade foi criada em 2006 e está integrada na Comunidade de Inserção da Quinta do Espírito Santo, com capacidade para 7 residentes (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

9. Programa de Apoio Pós-Alta

Para complementar o apoio residencial, a Comunidade, criou em 2010, o Programa de Apoio Pós-Alta, tendo em vista prevenir possíveis recaídas e como forma de garantir o acompanhamento de todos os ex-utes que, após a saída dos programas de tratamento/reabilitação, e já autonomizados, carecem de apoio psicossocial ou de alojamento. Os técnicos responsáveis encarregam-se de estabelecer um contacto regular e permanente com os ex-utes com o objectivo de prevenir eventuais recaídas (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

O Programa de Apoio Pós-Alta, para além de acompanhar os utentes que saíram dos programas de reabilitação, visa assegurar o acompanhamento dos utentes atendidos no Espaço Aberto ao Diálogo, através de:

- Apoio à instalação autónoma ou partilhada (em géneros, equipamentos etc.);
- Apoio no alojamento, onde se inserem os Apartamentos de Reinserção, a Unidade de Vida Autónoma e o Alojamento Autónomo Partilhado;
- Acompanhamento no trabalho;
- Apoio psicossocial (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

2.3- Actividades

1- Festa de Natal

A Festa de Natal das Pessoas Sem Abrigo é uma iniciativa que acolhe durante 3 dias uma média diária de 750-800 indivíduos, na sua grande maioria pessoas sem abrigo. Durante estes dias é-lhes assegurado, com colaboração de empresas, instituições e cerca de 1000 voluntários, o acesso a inúmeros serviços de apoio, aos quais normalmente têm dificuldade de aceder, nomeadamente: o Espaço Aberto ao Diálogo, Saúde geral, Estomatologia, Loja do Cidadão, IEFP, Cabeleireiro, Duches, SCML, Segurança Social, etc.. Nestes três dias é servido um lanche e uma ceia (por dia), preparados pelos militares voluntários do Exército Português, distribuídas roupas e calçado, dinamizados teatros e são convidados diversos artistas portugueses que animam os convidados durante a festa. Neste evento é ainda registada a participação de alguns representantes do Governo e da Câmara Municipal de Lisboa, e o encerramento é feito com a celebração da eucaristia pelo Senhor Cardeal Patriarca, ou por um representante. É também possível contar com diversos meios de comunicação social (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

É ainda de ressaltar que a Festa de Natal das Pessoas Sem Abrigo realiza-se todos os anos na cantina da cidade universitária, desde 1988, durante um fim-de-semana, com o intuito de proporcionar, aos convidados, momentos de conforto físico e emocional (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

2- Equipa das Famílias – Apoio a famílias carenciadas

Para além das 4 voltas, e tendo em conta que o perfil da pessoa sem abrigo tem vindo a alterar-se, foi criada, em 1999, uma volta direccionada às famílias mais carenciadas/ ex-sem abrigo, como um prolongamento da acção das Equipas de Rua. Esta volta é diurna, realiza-se duas vezes por mês, e permite outro tipo de intervenção visto que falamos de famílias, com menores, e que sem esta ajuda muito dificilmente conseguiriam mantê-la. Falamos de apoios ao nível da consciencialização para a autonomização, apoio médico e escolar quando necessário e, sempre que se justifica, a entrega de bens alimentares/ mercearia e refeições confeccionadas, vestuário, calçado, mobiliário e equipamentos domésticos básicos. Estas equipas são constituídas por 15 voluntários distribuídos em duas equipas cuja coordenação e acompanhamento é assegurada pela Coordenação Geral das Voltas e do Voluntariado. O apoio a estas famílias tem como objectivo o combate ao agravamento da pobreza, permitindo que

famílias em situação de vulnerabilidade social se reestruturem e consigam voltar a garantir a sua sustentabilidade (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

3- Projecto Escolas

Em 2006, arrancou o Projecto Escolas, que visa responder às escolas que solicitem e queiram participar, com a Comunidade Vida e Paz, no âmbito da sua intervenção social. Desta forma, o projecto prevê a realização de dois tipos de intervenção nas escolas: a ajuda nos trabalhos de pesquisa no âmbito da Área/Projecto e a realização de sessões formativas para grupos ou turmas. As temáticas abordadas são a pobreza, a condição de sem abrigo, a solidariedade, a cidadania responsável, a prevenção das toxicodependências, o voluntariado, etc.. Esta intervenção é assegurada por um técnico da Coordenação Geral das Voltas e do Voluntariado e por 7 voluntários, e tem como objetivos:

- Proporcionar aos jovens experiências de exercício da solidariedade ao participarem na organização de campanhas de apoio às pessoas sem abrigo;
- Contactar com as pessoas sem abrigo e organizar visitas de estudo às várias infraestruturas de apoio da Comunidade Vida e Paz (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

4- Serviço de Apoio Espiritual e Religioso

O Serviço de Apoio Espiritual e Religioso está relacionado com o facto de a Comunidade ter a sua génese na espiritualidade cristã católica e tem a responsabilidade de planificar e o desenvolver as atividades religiosas e espirituais, em articulação com a intervenção terapêutica e de reabilitação. Neste contexto o programa de atividades de cada Centro inclui iniciativas do âmbito da espiritualidade (atendimento individual, sessões de intervenção em grupo, celebrações litúrgicas, realização de actos de culto), orientadas pela coordenação do Apoio Espiritual e pelos elementos da Equipa de Espiritualidade e Formação para os Valores (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

Como foi indicado, este apoio é realizado nas diversas estruturas da Comunidade, no entanto e relativamente ao local de estágio, o EAD, ele realiza-se da seguinte forma: duas vezes por semana com o tema “valores humanos”; mensalmente com a celebração da eucaristia cuja participação é aberta aos colaboradores e membros da comunidade local e, por fim, com a realização, trimestral, de um encontro sobre a temática “Sentido(s) com vida”. Este apoio era assegurado, no EAD, por dois voluntários (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

2.4- Alcance/ Resultados

Após a descrição das diversas estruturas e actividades que a Comunidade Vida e Paz proporciona ao seu público-alvo é de salientar alguns dados estatísticos, referentes ao ano de 2013. Com isto serão apresentados os dados por diferentes estruturas:

1- Equipas de Rua/ Equipas da Noite

Relativamente aos recursos humanos, asseguraram a coordenação, acompanhamento e avaliação da intervenção desenvolvida, dois psicólogos, um deles a tempo parcial e 488 Voluntários participaram na concretização desta intervenção (142 entraram de novo e 83 cessaram, por razões várias, a sua colaboração nas voltas). A logística foi assegurada por 4 colaboradores dos Serviços Centrais e 97 voluntários (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

No ano de 2013 foram contactadas e apoiadas, em média, 520 pessoas, e foram distribuídas 90.320 ceias. Para além disto, 205 pessoas sem abrigo foram sinalizadas ao Espaço Aberto ao Diálogo, número que baixou em relação a 2012 onde foram sinalizados 257 indivíduos (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

2- EAD

É importante analisar alguns dados referentes à intervenção realizada pelos diversos técnicos do EAD. Sendo assim:

- Frequentaram o EAD uma média diária de 22 utentes (23 em 2012) e foram registadas, ao longo do ano, um total de 6.468 frequências no espaço (6.670 em 2012);
- 858 indivíduos frequentaram o EAD (841 em 2012) e destes 553 contactaram pela primeira vez com esta resposta (560 em 2012); dos 553 que pela primeira vez contactaram o EAD, 288 estavam pela primeira vez na condição de sem abrigo (235 em 2012) e 288 recorreram pela primeira vez a uma ajuda institucional (235 em 2012);
- 305 indivíduos já tinham estado em contacto com o EAD em anos anteriores (281 em 2012);
- 205 (37,1%) dos indivíduos que recorreram ao EAD pela primeira vez, foram encaminhados, directamente, pelas Equipas de Rua (219/39,1% em 2012) (Comunidade Vida e Paz, 2013).

Relativamente aos encaminhamentos, para respostas internas ou externas, o EAD encaminhou:

- 655 indivíduos para instituições externas (567 em 2012) nomeadamente: 212 para Centros de Acolhimento, 165 para o GIP/Inserção Profissional, 52 para respostas de apoio a emigrantes, 53 para unidades de desabilitação, 16 para Comunidades Terapêuticas e 151 para outro tipo de apoios;

- 222 indivíduos foram encaminhados para um dos três Centros da Comunidade (257 em 2012): C.T de Fátima, 86; C. T da Tomada, 94; C. I do Espírito Santo, 42. É ainda de salientar que 8,9% dos encaminhamentos para as Comunidades Terapêuticas tiveram origem em sinalizações das Equipas de Rua (8,1% em 2012), o que pode estar relacionado com um maior investimento, por parte da comunidade, na formação dos voluntários (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

2.1- Caracterização da população atendida no EAD

A grande maioria das pessoas sem abrigo que pediram ajuda ao EAD são do sexo masculino (95,7%) e têm uma média de idades de 37,96 anos, sendo o grupo etário com maior representação o dos 35-44 anos (26,1%); As principais problemáticas assinaladas como motivo do pedido de ajuda são: a toxicodependência e o alcoolismo (44,4%), o desemprego (28,3,3%), a falta de documentação (7,4%) e perturbações do foro da saúde mental (3,8%); Quanto aos casos que vieram a primeira vez ao EAD, 37,1% vieram por intermédio das Equipas de Rua, 12,8% encaminhados da Festa de Natal 2012, 13,6% vieram porque alguém lhes falou do EAD (passa palavra), 33.1% através de outras instituições e 1,7% através de meios de comunicação Social/Internet/outras origens (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

3- Comunidades Terapêuticas

Em 2013, das 268 pessoas que frequentaram as Comunidades Terapêuticas, concluíram o tratamento ou prosseguiram-no (a 31 de Dezembro) 201, interromperam-no, por decisão própria ou da instituição 67 pessoas (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

3.1 – Comunidade Terapêutica da Quinta da Tomada

Passaram por esta comunidade 141 utentes (136 em 2012) onde 47 transitaram do ano anterior (50 em 2012) e 94 reentraram ao longo do ano (86 no ano anterior). Foram registadas 61 altas programadas (53 em 2012), 25 altas não programadas (sido 32 em 2012) e 55 utentes continuavam no programa em 31 de Dezembro (47 em 2012) (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

A taxa de ocupação foi de 75% em comparação a 46%, em 2012) (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

3.1.1- Caracterização da população atendida

Dos 141 utentes, 65 tinham como diagnóstico a toxicodependência, 70 o alcoolismo e 6 doença mental (acompanhados de uma das problemáticas anteriores). No que respeita à situação de saúde dos 94 utentes que foram admitidos em 2013, 23 eram portadores de doença infectocontagiosas (HIV- 3, HIV/VHC – 6, VHC – 14) (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

3.2- Comunidade Terapêutica de Fátima

Prosseguiram o tratamento, ou deram entrada na comunidade, 127 utentes (152 em 2012) e a taxa de ocupação foi de 71% (75,2% em 2012), registaram-se: 86 novas entradas (110 em 2012), 24 altas programada (47 em 2012), 42 altas não programadas (64 em 2012), sendo que 61 utentes mantiveram-se no programa em 31 de Dezembro (41 em 2012) (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

Em processo de formação estiveram 70 utentes (74 em 2012) onde 34 concluíram e 13 não concluíram por terem abandonado o tratamento (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

Esta comunidade tem também à sua responsabilidade a gestão do Apartamento de Reinserção de Leiria (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

3.2.1- Caracterização da população atendida

Foram diagnosticados 57 casos como toxicodependentes (44 em 2012), 29 como alcoólicos (20 em 2012) e 6 apresentavam doença mental (acompanhados de uma das problemáticas anteriores, o mesmo número do ano anterior); 38 estavam, a quando da entrada na Comunidade Terapêutica, em programa de substituição (38 em 2012), sendo 19 com metadona, 3 com bupremorfina (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

Quanto à escolaridade a maioria tinha o 2º ciclo e a construção civil era a actividade profissional que registava maior frequência. Relativamente a tentativas de tratamento, dos 86 novos casos 44,5% tinham tentado, pelo menos uma vez um tratamento e 17% tinham feito 3 ou mais tentativas. De referir ainda que 10 dos utentes eram portadores de HIV, 25 de hepatite C (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

4- Comunidades de Inserção

Das 146 pessoas que frequentaram as Comunidades de Inserção 128 concluíram o respetivo Programa ou prosseguiram-no (a 31 de Dezembro) (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

4.1- Comunidade de Inserção da Quinta do Espírito Santo

Frequentaram a Comunidade de Inserção 105 indivíduos (126 em 2012) e registaram-se: 42 novas entradas (66 em 2012), 27 altas programadas (46 no ano anterior), das quais 3 foram transferidos para a Unidade de Vida Autónoma, 1 para o apartamento partilhado e 23 encaminhados para outras instituições/família; 16 altas não foram programadas (17 em 2012), das quais 14 foram por abandonos e 2 por óbito. A taxa de ocupação foi próxima dos 100% (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

Relativamente às actividades foi possível contar com a colaboração semanal de 2 voluntários no apoio à alfabetização de utentes e quinzenalmente, na capela do Centro, era realizada a celebração eucarística, presidida pelo pároco do Sobral de Monte Agraço ou seu substituto (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

4.2- Comunidade de Inserção da Quinta da Tomada

Passaram pela Comunidade de Inserção 37 utentes (41 no ano anterior) e registaram-se: 17 novas entradas (20 em 2012), 18 altas programadas (número igual ao registado em 2012), 2 altas não programadas (contra 3 no ano anterior). 21 utentes continuavam no Programa em 31 de Dezembro (número idêntico ao de 2012). A taxa de ocupação foi de 100% (99% em 2012) (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

Em termos de formação profissional, no decorrer de 2013: 7 utentes iniciaram a frequência do curso de formação pré-transversal em colaboração com a Regio/Empresa de Formação e Consultoria Lda (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

5- COVIPAZ

Em 2013 17 utentes (18 em 2012) mantiveram ou celebraram contrato com a COVIPAZ, 10 transitaram do ano anterior e 7 entraram no decorrer do ano; 10 (7 em 2012) cessaram o contrato de trabalho com a empresa e destes, 6 conseguiram integração no mercado de trabalho normal; 4 saíram (1 por recaída e 3 por razões de saúde ou problemas judiciais) e 7 mantinham o contrato a 31 de Dezembro (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

6- Apartamentos e pós-alta

Em 2013, dos 49 que frequentaram os Apartamentos de Reinserção/ Unidade de Vida Autónoma e Apartamentos Partilhados, 45 saíram para alojamento próprio/ familiar ou mantiveram-se no alojamento (a 31 de Dezembro); 4 indivíduos interromperam a permanência por decisão própria ou da instituição (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

6.1- Pós alta

Foram apoiados no âmbito do programa 98 utentes (89 em 2012); 36 entraram no programa no decorrer de 2013, 36 tiveram alta/saída no mesmo período e 5 abandonaram por iniciativa própria. 57 indivíduos estavam a ser apoiados em 31 de Dezembro (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

7- Apartamentos Partilhados

Em 2013, 15 indivíduos passaram pelos 2 apartamentos registando-se 10 novas entradas, 5 altas/saídas programadas e 1 não programada; 9 utentes permaneciam nos apartamentos em 31 de Dezembro (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

8- Apartamentos de Reinserção

Em 2013, 34 indivíduos passaram pelos 3 apartamentos (36 em 2012) e registaram-se: 19 novas entradas (21 em 2012), 13 altas programadas (17 em 2012) e 3 altas não programadas (5 em 2012). 18 utentes permaneciam nos apartamentos em 31 de Dezembro (14 em 2012) (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

9- Famílias

25 agregados familiares carenciados foram acompanhados pelas Equipas das Famílias por comparação a 12 no ano de 2012. No decorrer do ano cessaram o apoio a 7 famílias (3 por autonomização e as restantes por terem sido detetadas anomalias no processo). O número total de pessoas dos agregados familiares é de 122: 47 - pais e equiparados, 18- outros adultos, 57 - menores de 20 anos (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

Uma técnica de serviço social manteve, até julho, a sua colaboração com a equipa de famílias carenciadas (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

10- Apoio espiritual

Este apoio é assegurado por elementos da Equipa de Espiritualidade e Formação para os Valores constituída por 36 voluntários, 14 Delegados para a Espiritualidade, 5 párocos, 1 Coordenadora do Apoio Espiritual (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

11- Festa de Natal das Pessoas Sem Abrigo

Foram registadas na festa 3.314 presenças, servidos 2.722 jantares e distribuídas 6.380 sandes às pessoas que, nos três dias da “XXV Festa de Natal das Pessoas Sem-Abrigo”, vieram à cantina da Cidade Universitária de Lisboa. A realização desta festa foi assegurada por 1.237 Voluntários (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

No serviço de atendimento/motivação (EAD) foram feitos 134 atendimentos (187 em 2012), dos quais resultaram 22 processos de acompanhamento no EAD; Nos Serviços de saúde foram feitos 484 atendimentos (127 rastreios dentários e 357 atendimentos gerais/vacinas); Na Loja do Cidadão foram feitos 463 atendimentos; No Cabeleireiro foram atendidos 178 convidados; No Banco de roupa foram distribuídas 8.573 peças de roupa e 1.002 presentes foram distribuídos (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

12- Projecto Escolas

Em 2013, o Projecto Escolas abrangeu 30 escolas dos distritos de Lisboa, Setúbal e Santarém (54 em 2012) onde foram contactados 900 alunos (1.820 em 2012) e 50 encarregados de educação e/ou professores (28 em 2012) (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

Estas estatísticas são elaboradas todos os anos, e compiladas num relatório anual, por forma a permitem, aos técnicos, fazer uma avaliação da sua intervenção e planificar, para o ano que se segue, as actividades e o foco da área intervenção (Comunidade Vida e Paz, 2013b).

3- Enquadramento Teórico

3.1- Problemática dos Sem Abrigo

Visto o presente estudo, bem como o local de estágio, centrar-se na problemática das pessoas sem abrigo considera-se necessário e de extrema importância caracterizar esta população, e o conjunto factores/ problemáticas que na maioria das vezes são responsáveis por esta condição, para um melhor aprofundamento do conhecimento.

Neste sentido considera-se pessoa sem abrigo quem, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição socioeconómica e condição de saúde física e mental, se encontre numa das seguintes duas situações:

- sem tecto, vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário;
- sem casa, encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito (Instituto da Droga e da Toxicodependência, s.d.:1).

De acordo com alguns autores é também possível distinguir o tipo de sem abrigo:

- 1- o crónico – o indivíduo que passou a maioria da sua vida na rua;
- 2- o periódico – aquele que tem casa mas que por vezes passa uns dias num albergue ou na rua;
- 3- o temporário – aquele que ficou numa situação de sem abrigo devido a um problema do imediato;
- 4- e o total – aquele que não tem casa e pernoita em albergues, na rua, em locais abandonados ou igrejas. Este indivíduo normalmente não tem qualquer tipo de rede social de apoio (Ferreira, 2007 apud AMI, s.d.).

Bento e Barreto (2002) definiram o perfil das pessoas sem abrigo na cidade de Lisboa como sendo maioritariamente de “sexo masculino, raça branca, naturalidade e nacionalidade portuguesa, idades entre os 35 e os 60 anos, escolaridade mínima, solteiro, sem filhos, sem contactos com a família, pernoita no centro da cidade de Lisboa, passado institucional (educacional, psiquiátrico, prisional), doenças psiquiátricas (alcoolismo, psicoses, toxicodependência) vitimização e mendicidade pouco frequentes” (ISS, 2005:13). No entanto é de salientar que o perfil da pessoa sem abrigo, “novos sem-abrigo” como definiu Carmo (1996), tem vindo a sofrer alterações sociais e económicas (ISS, 2005:13).

Vários estudos de investigação permitem-nos elencar um conjunto de elementos suscetíveis de levar à situação de pessoa sem abrigo, que estão relacionadas não só com a

situação actual de crise mas também com a infância, nomeadamente: “condições sociais de pertença economicamente desfavoráveis; rupturas familiares precoces ou falta de uma rede familiar; violência familiar; desemprego, alterações do mercado de habitação nomeadamente a nível dos preços; falta de protecção social adequada, falta de cuidados de saúde mental e dependência de drogas, álcool e problemas físicos” (Menezes, 2012:34). Defende-se ainda que apesar de estarmos perante um novo perfil de pessoas sem abrigo, mais jovem e qualificado (devido à situação de crise económica que se vive em Portugal), estas características mantêm-se (Menezes:2012:65). Entenda-se por novos pobres “o resultado de fenómenos recentes, tais como o desemprego, que é a causa principal. Além disso surgem aspectos como a perda de salários ou a sua redução, o desemprego parcial, a baixa do poder de compra, as dificuldades no acesso a uma habitação, a dificuldade de acesso a um primeiro emprego, entre outros” (Alves, 1998 apud Carmo, 1998:55). Desta forma é possível identificar três características destes novos pobres, são elas:

- 1- são menos conhecidos que os ditos pobres tradicionais uma vez que são resultado de uma conjuntura recente;
- 2- inicialmente não são reconhecidos visto que são considerados casos menos graves por comparação aos casos de pobreza tradicional;
- 3- os serviços sociais não estão preparados para responder a estas novas pessoas sem abrigo visto ainda estarem muito focados nas situações de pobreza tradicional, ou seja, de uma transmissão geracional de pobreza, e não de uma pobreza derivada por uma conjuntura económica de crise que despoleta o desemprego, originando estas novas pessoas sem abrigo (Alves, 1998 apud Carmo, 1998:56).

“A exclusão social não é só uma questão de escassez económica mas também da esfera do emprego, da saúde e da protecção social” (ISS, 2005:73). Situação esta que deve ser tida em conta pelas instituições que prestam apoio às pessoas sem abrigo aquando do delinear de estratégias de intervenção.

No que diz respeito à reinserção social (nomeadamente pelo trabalho) das pessoas em situação de sem abrigo, e à sua qualidade, é possível verificar que existe uma instabilidade e uma precariedade de respostas que pode ser corroborada com as entradas e saídas, destas pessoas, nesta situação de exclusão, sem falar do fraco investimento social que é feito para apoiar esta população. O que se verifica é um desinvestimento político, tendo em conta o estado em que se encontram os albergues da cidade de Lisboa, nomeadamente no que diz respeito à habitação social. Estes ciclos de entradas e saídas da condição de sem abrigo decorrem da crise

e da precariedade dos trabalhos, ou ainda de constrangimentos de ordem social como o atraso ou diminuição dos apoios sociais como é o caso do subsídio de desemprego que demora a chegar ou que é atribuído por um período curto de tempo, levando as pessoas a contrair dívidas e a receberem ordens de despejo. (Menezes:2012:50-67). Desta forma serão apresentadas de seguida algumas estratégias aplicadas em Portugal e em Lisboa que tentam responder de melhor forma a este fenómeno.

3.1.1- Políticas direccionadas às pessoas sem abrigo até 2009

Em Portugal, até 2009, não existiam leis ou estratégias que regessem a intervenção feita com pessoas em condição de sem abrigo (Martins, A. 2007:47, 48) embora algumas leis e/ou programas tratassem de matérias relacionadas com esta camada da população. Uma dessas estratégias foi o Programa Nacional da Luta contra a Pobreza, criado em meados dos anos 90, que apresentava como objectivo “o combate à pobreza e à exclusão social, de acordo com uma lógica integrada e articulada que realça a importância das parcerias locais e do empowerment institucional, numa finalidade de auto-sustentabilidade das acções futuras” (EAPN, s.d.). Outra Lei era a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho) que trata de questões relacionadas com o tratamento e internamento compulsivo de doentes mentais (problema que afecta bastante esta população) (Bento, 2002 apud Martins, 2007). Para além destes enquadramentos legislativos, o Rendimento Social de Inserção teve alguns impactos no apoio social das pessoas sem abrigo, apesar das exigências que são feitas actualmente ao nível desta medida (como o facto de a pessoa ter de apresentar um atestado de residência em que comprova que é morador de uma determinada freguesia quando pernoita na rua) (Martins, A, 2007:47, 48).

Apesar de na lei portuguesa não existirem indicações específicas para esta camada da população, ela fala-nos em direitos a que estas pessoas não conseguem ter acesso. “O direito de cada pessoa a um nível de vida condigno está consignado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) (Artº 25, nº 1) onde se inclui entre outros, o direito à habitação. Este direito é ainda reforçado no Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (1966) (artigos 2º,3º,11º), que obriga todos os Estados-Signatários a adoptarem medidas no sentido da plena realização de todos os direitos, nomeadamente o direito de vida condigno, voltando a ser referida a habitação como um destes direitos” (ENIPSA, 2009:3). Já em 1996 a Constituição da República Portuguesa fala-nos no direito à habitação, no artigo 65º nº 1: “Todos têm direito, para si e para a sua família, a uma habitação de dimensão adequada, em condições

de higiene e conforto e que preserve a intimidade pessoal e a privacidade familiar” (ENIPSA, 2009:3).

Para além do direito à habitação existem outros direitos que numa situação tão grave de pobreza e exclusão social não são assegurados, e como tal a Comissão Europeia considerou que tendo em conta que as pessoas em condição de pessoa sem abrigo têm a si associados um conjunto vasto de problemas, sejam eles económicos ou sociais, dever-se-ia considerar o fenómeno de forma mais abrangente (ENIPSA, 2009:3).

3.1.2- Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo (2009-2015)

Em 2000, no Conselho Europeu de Lisboa, os Estados-Membros da União Europeia aceitaram o desafio de lutar contra a pobreza e exclusão social e os Governos tomaram medidas para erradicar a pobreza definindo objectivos que foram adoptados pelo Conselho Europeu de Nice em Dezembro de 2000 (ENIPSA, 2009:4). Com este conselho passaram a ser definidos Planos Nacionais de Acção para a Inclusão (PNAI) que tinham como objectivo criar políticas destinadas a situações de exclusão social, nomeadamente no que se refere a casos de sobreendividamento, exclusão escolar ou perda de habitação (ENIPSA, 2009:3).

O Governo Português, nos Planos Nacionais de Acção para a Inclusão, para além de demonstrar uma grande preocupação para com os grupos mais vulneráveis/de risco, preocupava-se com a participação de todos os actores no combate à exclusão (ENIPSA, 2009:5). Esta preocupação deu origem à criação de um grupo institucional – Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia, GIMAE, ao qual compete garantir quer a implementação da Estratégia, mobilizando e promovendo a participação do conjunto dos intervenientes, quer a monitorização e avaliação de todo o processo. O grupo recebeu como missão desenvolver uma Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo. Com isto, em 2009, foi criada a primeira legislação focada na intervenção com esta população, a **Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo (2009-2015)** coordenada pelo Instituto de Segurança Social, IP. Esta estratégia pretendia traçar um conjunto de orientações gerais e levar as diversas entidades, públicas e privadas, a comprometerem-se com o intuito de “não só a cumprir as directrizes europeias nesta matéria, mas também implementar um conjunto de medidas que permita criar condições para que sejam despistadas e acompanhadas as situações de risco prevenindo a perda de habitação, e garantindo que ninguém tenha de permanecer sem alojamento condigno”. (ENIPSA, 2009:5).

Mas então para que foi criada esta estratégia no concreto? Em primeiro lugar, para consciencializar as pessoas de que existe um problema que é pouco conhecido, em segundo lugar, porque as respostas existentes não são adequadas, muitas vezes porque não existe articulação entre as diversas instituições no território, e por último, porque existe a necessidade de potenciar os recursos existentes evitando a duplicação de apoios e aumentando o trabalho em rede. Portugal continua a responder apenas a situações maioritariamente de emergência e a focar-se pouco na prevenção do problema e na inserção desta população com vista à autonomização (ENIPSA, 2009:5).

O enfoque nas respostas de emergência, bem como a ausência de orientações políticas não permitia o desenvolvimento de estratégias integradas que contemplassem não só respostas de emergência, mas também estratégias de prevenção e de inserção social (ENIPSA, 2009:9). Neste sentido, esta estratégia parte da identificação das situações que afectavam as pessoas sem-abrigo, identificando as necessidades, oportunidades e obstáculos, de natureza transversal ou específica a que são necessárias dar resposta (ENIPSA, 2009:9). Desta forma são áreas de intervenção transversal:

1- A promoção do conhecimento sobre o fenómeno no que se refere ao estudo da realidade das pessoas sem abrigo e a sua utilização em termos de estratégias de sensibilização e educação. Em Portugal não existe a prática de um estudo aprofundado sobre as pessoas em condição de sem abrigo. Os estudos existentes são feitos por instituições a título individual com o objectivo de prestar contas do seu trabalho ou então são meramente sociodemográficos. O facto de se estudar de uma forma mais aprofundada e contínua o fenómeno possibilita a monitorização da evolução das situações, e sobretudo da adequação das respostas às necessidades reais das pessoas e aos resultados da intervenção desenvolvida (ENIPSA, 2009:10);

2- Uma outra área sobre a qual é imprescindível actuar diz respeito à promoção da qualidade da intervenção desenvolvida pelas diferentes entidades que trabalham directamente com esta população. Existe um conjunto de respostas, serviços e equipamentos diversificados mas que as instituições utilizam de forma isolada na prática da sua actividade quando o objectivo seria a complementaridade. Neste sentido uma Estratégia Nacional deverá promover uma qualificação das respostas existentes, contribuindo para proporcionar às instituições e às equipas oportunidades de formação e de supervisão, dar directrizes que orientem o desenvolvimento das suas actividades, aplicar uma avaliação baseada no princípio da qualificação da intervenção, com vista a uma adequação dos resultados obtidos às necessidades

diagnosticadas (ENIPSA, 2009:11). Assim, a Estratégia Nacional para Integração das Pessoas Sem-Abrigo incide sobre três áreas específicas: a Prevenção, a Intervenção e o Acompanhamento, ou seja, todos os planos devem contemplar medidas que se dirijam à prevenção junto de grupos de risco; à intervenção em situações de rua e alojamento temporário e à intervenção ao nível do acompanhamento da inserção (ENIPSA, 2009:12).

Dois eixos de intervenção direccionam a intervenção tendo em conta as orientações/áreas anteriormente mencionadas:

1- Eixo 1 - O conhecimento do fenómeno, informação, sensibilização e educação;

2- Eixo 2 - Qualificação da informação (ENIPSA, 2009:17).

Tendo em conta que o fenómeno das pessoas sem abrigo se encontra pouco estudado em Portugal, o **Eixo 1** surge no sentido de apresentar um conjunto de medidas que apontam para o conhecimento do fenómeno a diferentes níveis. Desta forma contempla 4 estratégias:

1- Promover a utilização de um conceito único de pessoa sem abrigo, a nível nacional (utilização de um conceito claro e simples).

O grupo que constitui esta estratégia, considerou necessário falar de um mesmo conceito de pessoa sem abrigo, com o objectivo de medir o fenómeno de forma mais eficaz. Assim sendo, considera-se pessoa sem abrigo aquela que, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição socioeconómica e condição de saúde física e mental, se encontre:

- sem tecto, vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário; ou

- sem casa, encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito (ENIPSA, 2009, p:16). Este conceito foi elaborado com base na tipologia proposta pela FEANTSA e “constituiu a base operacional para a definição de medidas de combate ao fenómeno, que se pretende que actuem a montante e a jusante do mesmo, de forma a intervir, não só sobre a situação das pessoas que se enquadram nesta definição, mas sobre todas aquelas que se encontram em situação de risco” (ENIPSA, 2009:16);

2- Garantir a monitorização do fenómeno, com vista à adequação das respostas às necessidades reais, através de um Sistema de Informação e Monitorização (SIM) (criação de um sistema de recolha e tratamento de informação que permita um conhecimento aprofundado sobre o fenómeno das pessoas sem abrigo - caracterização das entidades prestadoras de serviços e caracterização dos seus utilizadores – disponível na Internet);

3- Assegurar que os Diagnósticos e os Planos de Desenvolvimento Social das redes sociais incluem indicadores relativos ao fenómeno sem abrigo (inclusão, nos diagnósticos da rede social, de dados relativos à dimensão e caracterização do fenómeno sem-abrigo e dos indicadores de risco face à situação sem abrigo);

4- Garantir a actualização permanente do conhecimento e a luta contra a discriminação (o conhecimento actualizado sobre o fenómeno permite uma maior adequação das respostas, reforçar o combate à discriminação e promover a abolição de preconceitos e estereótipos; promover acções com vista a alterar a informação veiculada nos media);

5- Garantir acessibilidade e disponibilização de informação permanentemente actualizada sobre o tema e os recursos existentes (ENIPSA, 2009:18-21).

Relativamente ao **Eixo 2**, que se refere à intervenção, este apresenta 7 medidas que incidem na necessidade da promoção da qualidade técnica da intervenção:

1- Promover a qualidade técnica da intervenção (formação dos agentes envolvidos e necessidade de supervisão externa);

2- Garantir eficácia e eficiência na intervenção (adopção, por parte das redes sociais locais, de uma metodologia de planeamento, intervenção e acompanhamento, que permitirá maior qualidade das respostas e rentabilização dos recursos, evitando a duplicação de intervenções e apoios);

3- Garantir a qualidade das respostas, dos serviços prestados e a logística operacional dos equipamentos fixos ou móveis que prestam apoio às pessoas sem abrigo (definição de requisitos indispensáveis para que as instituições e equipamentos possam ser reconhecidas como “instituições de referência” na área de intervenção com pessoas sem abrigo);

4- Assegurar a existência de respostas que garantam que ninguém é desinstitucionalizado sem que tenham sido accionadas todas as medidas necessárias para lhe garantir um lugar adequado para viver, bem como os apoios necessários, sempre que se justifique;

5- Assegurar que ninguém tenha de permanecer na rua por mais de 24 horas (objectivo: que sejam retiradas as pessoas que se encontrem a pernoitar na rua; as equipas de rua devem trabalhar com as pessoas no sentido de as motivarem para a alteração da sua condição; estas situações devem ser encaminhadas para Centros de Emergência que devem efectuar um diagnóstico das situações a diferentes níveis (por equipa multidisciplinar); as situações são encaminhadas para que lhes seja atribuído um técnico de referência ou gestor de

caso, o qual ficará responsável por acompanhar todo o processo; a saída de um Centro de Emergência deverá ser feita para outra resposta de alojamento, temporária ou permanente, adequada a cada caso);

6- Assegurar o apoio técnico à saída de um alojamento temporário durante o tempo necessário (deverá ser dada continuidade ao trabalho iniciado com a pessoa sem abrigo com vista a concretizar o seu percurso de autonomia e inserção; contractualização de um plano, a desenvolver em várias etapas, que irão sendo reformuladas de acordo com os progressos obtidos, e que não terminam com a saída do alojamento temporário);

7- Assegurar a existência de condições que garantam a promoção de autonomia, através da mobilização e contratualização de todos os recursos disponíveis de acordo com o diagnóstico e as necessidades;

7-A – Habitação – Criar condições de alojamento disponibilizando habitações de propriedade pública e privada para arrendamento directo ou mediado (medidas como, por exemplo, a criação de bolsas de habitação; criação de arrendamento em residências colectivas, apoiadas por instituições locais);

7- B- Emprego – Disponibilizar soluções de formação profissional e de emprego adequadas (intervenções técnicas de orientação profissional; medidas da iniciativa “novas oportunidades” e do mercado social de emprego; apoios à inserção profissional de pessoas com deficiência; programa “Vida Emprego”; colocação e criação do próprio emprego; medidas destinadas aos beneficiários do RSI (Rendimento Social de Inserção);

7-C - Protecção Social - Assegurar o acesso a todas as medidas de protecção adequadas;

7- D - Saúde – Assegurar a acessibilidade aos cuidados de saúde (participação de um profissional de saúde na realização do diagnóstico nas redes sociais; divulgação do conceito de sem abrigo nos serviços de saúde, permitindo uma correcta sinalização dos casos; promoção da inscrição nos Centros de Saúde dos sem abrigo identificados; promoção da implementação de um projecto-piloto, para tratamento de pessoas sem abrigo com doença mental; promoção do atendimento directo de pessoas sem abrigo, com doença mental, nos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) (ENIPSA, 2009:21-27).

Relativamente ao Acompanhamento da Inserção, a terceira área específica onde incide a Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas Sem-Abrigo desenvolve-se tendo em vista evitar a duplicação de respostas e necessidade de definir a intervenção que é feita junto dos utentes. Desta forma ela centrar-se-á no indivíduo, na família e na comunidade (ENIPSA, 2009:28). O acompanhamento e a intervenção nas situações implica uma abordagem

multidimensional aquando da elaboração do diagnóstico e no acompanhamento dos casos. O gestor de caso, juntamente com o utente, vai delinear um projecto de vida com vista à inserção e autonomização dos serviços de apoio tendo como base a construção de uma relação empática (ENIPSA, 2009:28). A implementação deste modelo integrado realiza-se por territórios e tendo em conta as necessidades identificadas no diagnóstico. Deverá ser constituído, no âmbito da rede social, um Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo, sempre que o fenómeno assim o justifique, devendo os procedimentos e as metodologias a adoptar ser definidas entre todos os parceiros. Nos casos em que não seja necessária a constituição de um Núcleo, deve ser identificado um Interlocutor Local para a Estratégia Sem Abrigo, no âmbito da rede social (ENIPSA, 2009:28). A aplicação do modelo implica, alguns pressupostos, nomeadamente:

“1 - A existência de um diagnóstico local, no âmbito do diagnóstico social da rede social, do qual deverá constar, não apenas a sinalização/caracterização de situações de pessoas sem-abrigo, mas também o de situações de risco face a essa condição;

2 – A constituição de Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA), no âmbito da rede social, constituídos por um conjunto de parceiros com intervenção nesta área sempre que a dimensão do fenómeno o justificar ou a designação de um interlocutor da rede social para a Estratégia Sem Abrigo (nos casos em que não se justifique a criação de Núcleo);

3 – A designação de elementos técnicos, por parte das diferentes entidades parceiras, que constituam a equipa de gestores de caso para acompanhamento integral das situações;

4 – O compromisso dos diferentes parceiros relativamente à disponibilização de recursos necessários identificados pelos gestores de caso.

O Modelo de Intervenção e Acompanhamento aplica-se a todos os casos que sejam encontrados em situação de sem abrigo, que requeiram intervenção especializada, e durante todo o tempo necessário até que seja encontrada e estabilizada, uma solução” (ENIPSA, 2009:29).

Este modelo contempla ainda um conjunto de procedimentos que se destinam a prevenir a situação de pessoa sem abrigo ou a sua reincidência sendo eles:

A – Intervenção na Emergência:

“A Emergência corresponde ao período que decorre entre a sinalização de uma situação sem-abrigo e a sua identificação ao Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo com vista ao acompanhamento e atribuição de técnico de referência (gestor de caso)” (ENIPSA, 2009:29). Para intervir na emergência é necessário:

1- Sinalizar (Entidades que sinalizam pessoas em condição de sem abrigo):

- Equipas de rua;
- Forças de segurança (PSP,GNR);
- Equipas locais de emergência;
- Serviços de saúde.

Estas equipas devem fazer o primeiro atendimento de **identificação/ diagnóstico** e informar o Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo para que seja atribuído um técnico de referência, ou gestor de caso, e desta forma proceder-se ao encaminhamento para alojamento. Identificam se corresponde ou não a uma situação de sem abrigo, e o diagnóstico deve contemplar os principais problemas de forma a facilitar o encaminhamento. (ENIPSA, 2009:30).

No que diz respeito ao transporte do utente este deve ser assegurado por uma Equipa de Rua até à resposta para o qual terá sido encaminhado;

2- Diagnóstico/Triagem: O diagnóstico/triagem poderá ser feito ao nível de:

- Centro de emergência;
- Equipas de rua especializadas;
- Interlocutor Local para a Estratégia Sem-Abrigo.

“Este diagnóstico deverá ser efectuado por uma equipa multidisciplinar e deverá ter em conta a multidimensionalidade dos problemas associados, identificando, sempre que possível, o problema dominante, de forma a facilitar o encaminhamento posterior” (ENIPSA, 2009:31);

3- Informação ao NPISA;

4- Atribuição de gestor de caso e encaminhamento para alojamento especializado ou alojamento temporário não específico:

Os gestores de caso são técnicos das diferentes instituições parceiras da rede, que acompanharão e serão responsáveis pela gestão de processos (ENIPSA, 2009:32).

B – Acompanhamento após a Emergência:

Após a atribuição do caso o gestor deve efectuar todas as diligências necessárias para acompanhar o caso e identificar ao Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo os recursos necessários para preparação do plano individual de inserção. Este plano deve ser definido em conjunto com o utente e deve ser adequado às necessidades diagnosticadas, tendo sempre em vista a autonomização. Ao longo do processo o gestor de caso assume um papel de facilitador entre o utente e os recursos/ respostas e tem como responsabilidade apresentar um relatório mensal ao Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo por forma a fazer a actualização dos processos dos utentes. O acompanhamento por parte do gestor de caso deve

continuar até à resolução do problema dominante, no entanto se o utente ainda necessitar de apoio social deve proceder-se ao encaminhamento para as devidas instâncias, mas durante o período de três anos, o gestor de caso deve continuar a ser informado da evolução do caso, garantindo assim o acompanhamento e *follow-up* destas situações e prevenindo reincidências (ENIPSA, 2009:34).

3.1.3- Plano Cidade para a Pessoa Sem abrigo – Lisboa

No sentido de seguir as directrizes da Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas Sem Abrigo foi criado, em Lisboa, a cargo da Rede Social, o Plano Cidade para a Pessoa Sem Abrigo, com uma participação acima dos 70% das entidades do território (PCPSA, 2009:6).

Uma das limitações que a Estratégia Nacional apontou foi o facto de haver necessidade de um melhor conhecimento do fenómeno para a existência de respostas mais eficazes para estes indivíduos. Perante isto, a Rede, sentiu a necessidade de fazer um levantamento dos estudos já realizados sobre a caracterização da população sem abrigo no sentido de perceber que dados existiam em Lisboa sobre esta população, “para se intervir, é necessário conhecer” (PCPSA, 2009:15), chegando à conclusão que existiam apenas alguns estudos encomendados pela Câmara Municipal de Lisboa mas que em nada contribuíam para aprofundar o conhecimento nestas questões.

Para além do desconhecimento do fenómeno existiam inúmeras duplicações de intervenção e de apoios, e por forma a evitar esta situação, a rede em 2007, (ainda antes da concretização do plano), criou um Grupo de Trabalho Motivação e Encaminhamento (GTME), cuja estratégia consistia em: 1) Contactar a População de Rua; 2) Promover as relações de proximidade e confiança; 3) Motivar as pessoas para projectos de vida alternativos e encaminhamento para estruturas/respostas adequadas. O grande objectivo deste grupo de trabalho era adquirir um conhecimento mais alargado sobre as pessoas sem abrigo da cidade de Lisboa (número e caracterização social), identificar as problemáticas mais frequentes (PCPSA, 2009:16, 17) e por sua vez mudar a intervenção tornando-a mais integradora e centrada nas questões das pessoas, ou seja, que considerasse o indivíduo uma preocupação central (PCPSA, 2009:37).

Apesar de não existirem muitos estudos nesta área, o trabalho realizado pelo Serviço de Emergência Social (SES) da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), teve um grande peso no aprofundamento do conhecimento das pessoas sem abrigo, uma vez que é um serviço

que realiza atendimentos sociais direccionados para o acolhimento de indivíduos e/ou famílias sem abrigo e/ou com domicílio instável na cidade de Lisboa. Este serviço permitiu, ao grupo, ter uma visão bastante ampla sobre o fenómeno e sobre os principais problemas a ele associado, no entanto não foi suficiente, e tendo em conta que um planeamento para ser eficaz necessita de um conhecimento muito grande sobre uma dada realidade, o grupo da Rede Social determinou a realização de um Diagnóstico Social que considerasse todas as necessidades, recursos e potencialidades na intervenção junto desta população na cidade de Lisboa. No entanto era necessário que o processo de planeamento fosse realizado de forma participativa, ou seja, que envolvesse todos os agentes com competências, responsabilidades e interesses na intervenção com a pessoa sem abrigo. Isto seria garantia de maior eficácia do planeamento e por sua vez do plano. “A mudança social pode ser mais eficazmente alcançada através da participação de todos os interessados, quer na definição, quer na implementação dos objectivos de mudança” (PCPSA, 2009:27). **O Diagnóstico participado assentou assim em dois grandes momentos:**

- 1º Momento: elaboração de um quadro de caracterização da população sem abrigo da cidade de Lisboa e das respostas sociais existentes;
 - Principais fontes de recolha de informação:
 - Relatórios de Monitorização das Equipas de Rua/ Grupo de Trabalho Motivação e Encaminhamento;
 - Fichas de identificação de serviços, preenchidas por 26 instituições com intervenção nesta área;
 - Diversos documentos produzidos sobre o fenómeno (Carta Social, Carta dos Equipamentos - SCML, Estudo dos Sem Abrigo – ISS, IP). Em resultado desta recolha foi realizada a caracterização das respostas sociais existentes por tipo de entidade, equipamentos e problemáticas abrangidas pela intervenção social na cidade.
- 2º Momento: identificação dos pontos críticos da intervenção e formas de operacionalização de um plano de intervenção em rede (PCPSA, 2009:27).

Este segundo momento aconteceu com a realização de um Fórum (Maio de 2008), com três *workshops* de discussão e reflexão sobre a intervenção com a população sem abrigo onde estiveram presentes diversos agentes sociais (PCPSA, 2009:27 e 28).

Ainda durante o processo de diagnóstico e de conhecimento, não só da problemática mas também das instituições que prestam apoio às pessoas em condição de pessoas sem abrigo, este Grupo de Trabalho realizou um levantamento das entidades com intervenção em diferentes

domínios: satisfação de necessidades básicas (alimentação/higiene), alojamento, atendimento/acompanhamento social, saúde, saúde mental, formação/ emprego, entre outras.

O Plano Cidade para a Pessoa Sem Abrigo (PCPSA) de Lisboa, aprovado a 4 de Maio de 2009, foi elaborado tendo como objectivo a implementação de uma lógica de mudança paradigmática, ou seja, “Centrar a Intervenção na Pessoa”. As respostas deveriam ser organizadas, tomando em consideração as problemáticas com maior incidência na população, e articuladas entre si, de maneira a:

- Evitar a sobreposição de esforços;
- Potenciar o trabalho de todos os parceiros.

Desta forma a intervenção assenta em 3 eixos de intervenção:

1- **O primeiro eixo: Reorganização e Optimização da Rede de Equipamentos e Serviços**, que teria como resultado a Gestão Integrada dos Recursos/ Respostas de Intervenção na cidade de Lisboa, com a elaboração de um Plano de respostas específicas;

2- **O segundo eixo: Intervenção Integrada na Cidade de Lisboa**, com a implementação de um modelo de intervenção integrada, desenvolvido em rede, com carácter pró-activo e preventivo para a pessoa sem abrigo;

3- **O terceiro eixo: Qualificação da intervenção** onde se prevê a Formação/qualificação dos agentes, dirigentes e organizações, como um dos pilares fundamentais para a mudança da intervenção.

Esta necessidade de mudança do tipo de intervenção pretendia a introdução de elementos e mecanismos de articulação, a clarificação de boas práticas, o envolvimento dos parceiros – quer ao nível técnico, quer ao nível dos dirigentes – e o envolvimento das instituições num modelo integrado de funcionamento. Estas eram algumas das preocupações centrais deste Plano (PCPSA, 2009:41 e 42).

Desta forma foram apresentados os dois documentos estratégicos mais relevantes no que diz respeito à definição das intervenções de apoio às pessoas sem abrigo em Portugal. É possível verificar que o Plano Cidade foi criado em estreita articulação com os princípios da Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas Sem Abrigo mas existe uma necessidade de avaliar as intervenções, ou seja, perceber se os eixos de intervenção propostos foram ou não cumpridos, se existiu ou não uma mudança na intervenção, e de que forma é possível continuar a melhorá-la juntos das pessoas em condição de sem abrigo. No final do ano de 2015 será feita a avaliação destes programas, por agora não existem dados relativos à eficácia ou não destas

políticas uma vez que num período tão extenso de aplicação é difícil medir/avaliar os resultados concretos destas estratégias/programas.

3.2- Exclusão Social e Pobreza

A exclusão social e a pobreza estão sem dúvida associadas à condição de pessoa sem abrigo e são extremamente importantes para a caracterização da mesma.

Devido às condições e aos factores de risco associados a esta camada da população, a exclusão social faz, como referido, parte da sua condição social. Deste modo, esta apresenta-se como a fase extrema do processo de marginalização ao longo do qual se verificam sucessivas rupturas na relação do indivíduo com a sociedade. Essa fase extrema é caracterizada não só pela ruptura com o mercado de trabalho mas por rupturas familiares, afectivas e de amizade (Castel, 1990 apud Bruto, 1998). A exclusão a nível do mercado trabalho apresenta-se como aquela que é mais comum e que conduz na maioria das vezes à situação de pobreza.

A pobreza é essencialmente a dimensão mais visível da exclusão social. O conceito de pobreza é “analisado enquanto situação de escassez de recursos de que um indivíduo, ou família, dispõem para satisfazer necessidades consideradas mínimas” (Pereirinha, 1992:170 apud Rodrigues, et al, s.d.:66).

Como já foi indicado, fenómenos socioeconómicos potenciam a vulnerabilidade social dos indivíduos, nomeadamente daqueles que já se encontram em situações de défice de integração social ou em situações de desfiliação, entenda-se por esta, “ausência de inscrição do sujeito em estruturas portadoras de sentido” (CASTEL, 1998: 536 apud Brandão:2002). Este indivíduo “desfiliado” não é um indivíduo excluído porque não vive numa situação de ausência completa de vínculos, não está à margem da sociedade, mas está distante desta (Brandão, 2002). Paugam (1996) designa a desfiliação, de Castel, por desqualificação social, isto é “rupturas de laços sociais que ligam os indivíduos à sociedade, ao constituir o último patamar da integração social e na qual os sem-abrigo são categorizados” (ISS, 2005:73).

Nas pessoas sem abrigo é possível, normalmente, reconhecer um conjunto de constrangimentos individuais, como as baixas qualificações, a duração do desemprego, ausência de empregos estáveis, etc.. Desta forma é possível identificar um processo progressivo de exclusão que acontece em dois polos:

1- O ponto de partida, ou seja, a fragilidade das possibilidades de inclusão social dos indivíduos, no âmbito de uma transmissão geracional de pobreza e exclusão (que se reflete nos recursos económicos, inserção escolar, etc.);

2- e o seu agravamento ao longo do tempo devido a constrangimentos conjunturais actuais (precariedade de emprego, aumento do preço da habitação, etc) (Menezes, 2012:35).

A vivência numa situação de pobreza e de exclusão social pode levar ainda a situações de marginalidade e de criminalidade. Uma situação de exclusão social engloba essencialmente desintegração social (fracas relações familiares e sociais, e riscos acrescidos de marginalidade) e desintegração do mercado de trabalho (inaccessibilidade essencialmente a recursos económicos) (Pereirinha, 1992:170 apud Rodrigues, et al, s.d.:66). “A exclusão pode marginalizar, no sentido em que o indivíduo se de-socializa” (Menezes, 2010:37).

Para além da situação de sem abrigo constituir uma das formas mais graves de exclusão social outras problemáticas fazem parte da sua condição, nomeadamente o consumo de substâncias psicoactivas como as drogas e o álcool.

3.3- Toxicodependência

É necessário falar de Toxicodependência visto a problemática dos consumos estar quase sempre associada à da situação de pessoa sem abrigo. Como refere Batista (2004) “hoje não é possível falar em sem-abrigo sem falar da toxicodependência” (ISS,2005:14). Falamos num dia-a-dia orientado para a satisfação das necessidades de consumo que por vezes resultam da mendicidade ou na prática de crimes. Estes consumos por sua vez aparecem ligados à “destruição dos laços familiares e de redes de suporte e a uma progressiva e rápida aquisição de comportamentos auto-destrutivos” (Batista:2004 apud ISS, 2005:14).

De acordo com Coelho a toxicodependência define-se “como um estado de intoxicação crónica ou periódica, provocada pelo consumo repetido duma droga natural ou sintética, duma forma voluntária.” (Coelho, 1998:19 apud Pereira, 2013:2). Este autor considera também que “a toxicodependência não é um problema químico, é um sintoma de inadaptação do indivíduo, uma forma que ele encontra para melhor lidar com a vida” (Coelho, 1998:19 apud Pereira, 2013:2).

Existe no consumidor um conjunto de características que o tornam mais vulnerável ao consumo de drogas, nomeadamente sentimentos de dependência, falta de assertividade, baixa tolerância à frustração, etc., contudo, existem outros factores como a idade, a família, a

escolarização e o meio social onde este se encontra que podem incluir-se nos factores influentes da toxicodependência, estes factores são denominados de factores de risco.

Rosa et al. (2000) apontam como factores de risco, na adolescência, factores sociodemográficos, factores familiares e factores pessoais:

- Os factores sociodemográficos são todas as características sociais que podem levar a um comportamento de consumo, como a idade, sexo, origem étnica, local de residência, situação escolar/ profissional e a influência do grupo/pressão social;

- Os factores familiares estão relacionados com o uso de drogas pela família, a atitude dos pais face ao consumo pelo adolescente, com a psicopatologia associada, com as relações familiares, etc.;

- Os factores pessoais dizem respeito à atitude em relação aos toxicodependentes, às experiências e expectativas prévias, a estrutura da personalidade e respectivos traços, e aos conflitos emocionais (Rosa et al., 2000 apud Araújo, 2008:32).

No que diz respeito ao perfil dos toxicodependentes sabe-se, através de estudos realizados, nomeadamente um que foi realizado na Faculdade de Motricidade Humana, que a maioria iniciou os seus consumos na adolescência e que há uma predominância desses consumos no sexo masculino (Matos e Carvalhosa, 2001:1). Neste estudo foram inquiridos 6903 estudantes de 191 escolas nacionais de ensino regular, inscritos nos 6º, 8º e 10º ano de escolaridade e analisaram-se os hábitos de risco dos jovens em idade escolar. Concluiu-se que nos casos em que os jovens assumem já ter consumido drogas há uma tendência para o aumento do consumo à medida que a idade avança, pelo que os que têm 16 anos ou mais anos são os que apresentam uma maior tendência para esse aumento de consumos com o avançar da idade (42,7%). 5,2% admitiu já ter experimentado alguma droga e destes a maioria eram rapazes (67,3%) (Matos e Carvalhosa, 2001:1). “Na experimentação, mais importante que as propriedades farmacológicas da substância é o significado e o valor que o indivíduo atribui à droga e às suas propriedades” (Mesquita, 2010 apud Barata 2010:250). Desta forma o consumo por parte do adolescente pode tornar-se algo que ocorre fundamentalmente em situações de âmbito social, no entanto se este consumo se tornar regular ou muito forte, aí sim, podemos falar de uma dependência psicológica, ou seja, o indivíduo não se sente realizado, feliz, quando não tem ao seu dispor droga, ou quando não a pode utilizar. O consumo, para Helen Nowlis, torna-se compulsivo “quando o individuo gasta a maior parte do tempo, dos seus pensamentos e da sua energia a procurar droga, a consumi-la, e a discutir os seus efeitos, e a conviver quase exclusivamente com outros utilizadores” (Mesquita, 2010 apud Barata 2010:252).

De acordo com Erikson a fase do ciclo de vida onde a crise mais importante se pode instalar é a adolescência, visto ser nesta fase que o indivíduo está mais exposto a uma confusão de papéis (Dias, 2002:17). É também nesta fase que surge a curiosidade de viver outras experiências, de integrar um grupo e de desafiar a autoridade do adulto. É sem dúvida esta uma fase dita perigosa no que diz respeito à formação da identidade visto o adolescente estar a sofrer alterações não só físicas como psicológicas. A experimentação de drogas surge então nesta altura não só pela curiosidade e prazer mas pelo desejo de correr riscos e, muitas vezes, com o objectivo de desafiar a autoridade dos pais. Para além disto, os jovens tendencialmente consomem drogas nesta fase no sentido de obter prestígio junto dos seus iguais, de facilitar o seu relacionamento com os outros, para aumentar a criatividade, ter novas experiências, obter um alívio da dor, ansiedade ou de uma depressão (Mesquita, 2010 apud Barata 2010:250). De acordo com o já mencionado, os adolescentes que já tinham experimentado drogas, apresentavam um perfil de afastamento em relação à casa, à família e em relação à própria escola (Matos e Carvalhosa, 2001:1).

A família surge como agente socializador de primeira instância do indivíduo, contudo, quando falamos em toxicodependência, esta também tem um papel fundamental no que diz respeito ao início do consumo de substâncias psicoactivas. Chabrol defende que alguns factores familiares podem estar na origem do consumo de drogas: o uso de drogas por membros da família, atitudes dos pais face às drogas, a existência de psicopatologias parentais, relações conjugais débeis, relações familiares conflituosas, o tipo de educação, e maus-tratos familiares (Chabrol, 1992 apud Rebelo, 2008:26).

A maioria dos consumidores de drogas vêm de famílias monoparentais, devido ou ao divórcio ou ao falecimento de um dos cônjuges. Desta forma estamos perante famílias desestruturadas. Esta perda tem um grande impacto e quase sempre faz parte da história de vida de um consumidor. “A dependência de droga não é só uma manifestação de uma perturbação adolescente da personalidade mas é também sintomática de um problema familiar mais vasto” (Rosenberg, 1971 apud Rebelo, 2008:26). Estudos demonstraram que os adolescentes que tinham mais contacto com drogas eram predominantemente de famílias em que os pais estavam ausentes por divórcio ou por falecimento. No que diz respeito ao consumo por parte dos próprios pais predomina o consumo de álcool e o de medicação (Rebelo, 2008:27).

Além do já mencionado sobre a relação dos toxicodependentes com a família sabemos também que os laços afectivos e o vínculo destes com a família são bastante fracos. Ausência parental, falta de afectividade e de controlo formal levam ao isolamento por parte do

adolescente, à procura de pares semelhantes, ou seja, ao procurar de algo que o aliene de todos os problemas existentes na sua vida, sendo o consumo de substâncias visto como um escape. Alguns estudos comparam inclusive a relação que os consumidores têm com os seus familiares por tipo de droga consumida. Desta forma, os indivíduos utilizadores de marijuana possuem uma percepção de menor envolvimento afectivo com os seus pais, do que os não utilizadores (Brook et al., 1981 apud Rebelo 2008:27). Por sua vez, Graeven e Shaefer (1978) dizem-nos que os utilizadores de heroína relataram uma menor intimidade com os pais e mais confrontos com os mesmos (Graeven e Shaefer, 1978 apud Rebelo 2008:27). A conclusão destes estudos revela que o que surge como denominador comum é a existência de fracos laços entre pais e filhos consumidores.

De acordo com Helen Nowlis “Quase todos os factores associados aos comportamentos destrutivos e desviantes, inclusive ao uso destrutivo da droga, terão certamente origem na falta de confiança, na falta do sentimento de seu próprio valor, e de estar sendo apreciado, na falta do sentimento de realização pessoal e de capacidade de realizar tarefas valorizadas pelo indivíduo e pela sociedade” (Mesquita, 2010 apud Barata, 210:250). Como factor de protecção, do consumo de droga, a vinculação aos pais ou a existência de relações de confiança no seio da família seriam, sem dúvida, os mais importantes. Estabilidade, bom ambiente familiar, diálogo entre pais e filhos, são alguns factores eficazes na prevenção do consumo de drogas. Estes factores protectores poderão ser considerados como resilientes. “À família, à escola e à comunidade cabem a importante função de criar e alimentar no jovem o sentimento de confiança em si mesmo e no seu valor, o sentimento de realização e de identidade, que o capacitarão a enfrentar um futuro incerto e a resolver os problemas quer no presente, quer no futuro” (Mesquita, 2010 apud Barata, 2010:250).

3.3.1- Relação entre Droga e Crime

O toxicodependente orienta toda a sua vida para a busca da próxima dose, é o seu único objectivo. Agra refere que “a sua relação com os outros é meramente instrumental, dependente e utilitarista: a sua existência minimalista é presidida pelo interesse financeiro, em ordem à aquisição de droga, (...), a dependência física e psicológica implica a dependência económica que se alimenta de várias fontes: colaboração na distribuição do produto, dívidas contraídas, roubos, etc.” (Agra, 1998:27).

A dependência de drogas faz com que muitas vezes os consumidores tenham de recorrer ao crime como meio de alcançar a substância pretendida. Um indivíduo que esteja em fase de

ressaca (grande sofrimento não só físico como psicológico derivado à falta de uma substância psicoactiva no organismo) irá recorrer àquilo que mais rapidamente lhe permite angariar dinheiro para terminar com a mesma. Para tal, muitos acabam por transgredir os seus valores morais e as normas sociais. Com o passar dos anos os toxicodependentes não só assumem comportamentos desviantes perante a sua rede social, família e amigos, como passam rapidamente à prática de crimes na sociedade como burlas, furtos, roubos, etc.. A motivação para obter o prazer com o avançar dos consumos aumenta. Desta forma, vale tudo para a obtenção de droga. A prática do crime de tráfico de droga é bastante comum nesta população.

Agra refere nas suas investigações, juntamente com Negreiros (1998), que 70% dos detidos em Portugal tinham consumos regulares de alguma substância antes de serem efectivamente presos, contudo ainda não existem dados suficientes para confirmar uma relação clara entre droga e crime. O que sabemos é que algumas drogas estão ligadas à criminalidade em maior número nomeadamente a heroína, a cocaína e o álcool. No que diz respeito à relação entre droga e tipo de crime sabemos que a cocaína e heroína estão mais ligadas a crimes contra a propriedade, daí que se deduza que a ideia por detrás destes crimes seja de angariar dinheiro para consumo. Alguns estudos referem que existem substâncias que conferem ao indivíduo mais coragem para cometer crimes (Agra, 1998:12), informação esta que me foi transmitida inúmeras vezes pelas pessoas com as quais estive em contacto no local de estágio, fazendo muitas vezes referência ao consumo de cocaína associada a esta desinibição.

É de extrema importância fazer uma análise caso a caso para tentar perceber se realmente a prática de crime está relacionada ou não com o consumo de drogas. Sabemos que a toxicodependência é uma doença e que a maioria dos comportamentos estão condicionados pelo uso de drogas, contudo não podemos cair na desculpabilização dos crimes, visto estes lesarem toda a sociedade. Contudo é necessário ter em atenção o condicionamento por detrás desses comportamentos. É de notar claramente que existe um laço que une a toxicodependência à delinquência e “ser sem-abrigo implica mais do que um modo de viver é um modo de sobreviver” (Barreto e Bento, 2002, apud ISS, 2005:15), daí que muitas vezes o crime esteja presente quando se trata de sobreviver.

3.3.2- Tratamento

No que diz respeito ao tratamento para a toxicodependência, Portugal tem um conjunto de respostas vocacionadas para esta temática que visam não só a intervenção junto do

toxicodependente como também da própria sociedade, através essencialmente da reinserção a nível laboral.

De acordo com o Relatório Anual de 2010 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência as principais formas de tratamento do problema da droga usadas na Europa são as intervenções psicossociais, a substituição de opiáceos e a desintoxicação. Não existe de momento um conjunto de dados que permita descrever toda a população de consumidores de droga que estão actualmente a fazer tratamento da toxicodependência na Europa, contudo o que sabemos é que em 2008 registaram-se cerca de 440 000 utentes em início de tratamento, 40% dos quais se encontravam em tratamento pela primeira vez. Outro dado que temos remete-nos a 2007 quando cerca de um milhão de pessoas recebeu tratamento por consumo de drogas ilícitas na União Europeia, sendo que a Alemanha, França, Itália e Reino Unido foram responsáveis por 80% dos consumidores de droga que estavam em tratamento (Relatório Anual, 2010:34).

Relativamente ao conjunto de ofertas a nível de tratamento para a toxicodependência sabemos que o seu aumento deu-se em meados de 1990. Nas duas últimas décadas podemos verificar uma expansão dos serviços em ambulatório, ou seja, um serviço de maior proximidade com os consumidores que procuraram tratamento. Relativamente ao tratamento de substituição de opiáceos, o número de pessoas a recorrer ao mesmo tem vindo a aumentar exponencialmente. Verificou-se que o número de utentes consumidores de cannabis e de estimulantes, que acederam ao tratamento aumentou, nos últimos 15 anos, devido à expansão da oferta de tratamentos (Relatório Anual, 2010:34).

Apesar destas melhorias a nível do tratamento, existem ainda alguns constrangimentos em relação ao mesmo, nomeadamente a imensa burocracia, a nível jurídico e ao nível de saúde, que é necessária para que o processo decorra, sem falar do tempo que o utente tem que esperar para ter acesso ao tratamento efectivamente dito, dado que há falta de recursos não só humanos como financeiros. O tempo de espera ao acesso varia conforme o tipo de tratamento pretendido. Tendo em conta a crise que toda a Europa se encontra a atravessar será expectável que tratamentos sejam negados por dificuldades no pagamento dos mesmos, nomeadamente a populações ditas de risco, especialmente quando falamos em casos em que já não seria o primeiro. Um exemplo que ilustra bem esta situação é o do tratamento para a Hepatite, um tratamento extremamente caro para uma população que acaba por desistir do mesmo a meio. Isto origina o tal desperdício de milhões. Sendo os toxicodependentes uma população de risco é comum o Estado negar este tipo de tratamentos de forma a evitar o desperdício.

Além disto falamos de muitos utentes que não têm como efectuar o pagamento dos 20% do tratamento que são da sua responsabilidade e desta forma acabam por adiar a sua entrada. Para além disto, a crise a nível do mercado de trabalho dificulta a ida para tratamento desta camada da população. A pergunta que mais ecoa nesta população é: “Então e depois o trabalho?”.

Relativamente ao tratamento em regime de ambulatório o relatório dá-nos a informação de que cerca de 383 000 consumidores de droga iniciaram o tratamento em regime de ambulatório na Europa durante o ano de 2008. Mais de metade dos utentes que iniciaram o tratamento (53%) mencionou os opiáceos, principalmente a heroína, como droga principal, enquanto 22% referiu a *cannabis* e 18% a cocaína. A via de encaminhamento mais comum para tratamentos em ambulatório é a iniciativa própria (36%), de seguida o sistema judicial (20%). Os restantes utentes são encaminhados através dos serviços sociais e de saúde, familiares ou amigos. Os utentes que iniciam o tratamento em regime de ambulatório são predominantemente jovens do sexo masculino, com uma média de idades de 31 anos, sendo o número de homens quatro vezes superior ao das mulheres. Verifica-se que as médias de idades mais baixas são dos utentes consumidores de *cannabis* (25) e dos que consomem outros estimulantes que não a cocaína (29), sendo referidas médias de idades mais elevadas para os consumidores de cocaína (32) e de opiáceos (34) como droga principal (Relatório Anual, 2010:35).

As duas modalidades de tratamento em regime de ambulatório mais importantes na Europa são as intervenções psicossociais e o tratamento de substituição de opiáceos. No caso dos consumidores de opiáceos é frequente a coexistência dos dois. As intervenções psicossociais têm como objectivo prestar apoio aos consumidores que tentam controlar os consumos de droga. Estas incluem aconselhamento, aumento da motivação, terapia cognitivo-comportamental, gestão de casos, terapia de grupo e familiar e prevenção de recaídas. O tratamento de substituição é a principal opção de tratamento para os consumidores de opiáceos na Europa. Este programa encontra-se disponível em todos os Estados-Membros da União Europeia e estima-se que em 2008 cerca de 670 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição na Europa (Relatório Anual, 2010:35,36).

Relativamente ao tratamento em regime de internamento segundo os dados disponíveis em 2008, cerca de 42 000 consumidores de droga iniciaram tratamento. Mais de metade mencionou os opiáceos como droga principal (57%), sendo que os restantes utentes identificaram a *cannabis* (13%), outros estimulantes que não a cocaína (13%) e a cocaína (7%)

como droga principal. Os utentes são sobretudo jovens do sexo masculino com uma média de idades de 30 anos (Relatório Anual, 2010:36).

O tratamento em regime de internamento ou residencial consiste na pernoita dos utentes na instituição durante várias semanas ou vários meses. Estes programas têm por objectivo levar os utentes à abstinência do consumo de drogas. A desintoxicação de droga é uma intervenção a curto prazo, realizada sob vigilância médica e é anterior ao regime de internamento, que visa resolver os sintomas de abstinência associados ao consumo de droga (Relatório Anual, 2010:36). Este tipo de intervenção existe actualmente na Equipa de Tratamento das Taipas onde a desabitação da droga é realizada num período de 10 dias.

Os utentes em regime de internamento recebem alojamento e tratamento psicológico estruturado de acordo com as suas necessidades individuais, e participam em actividades orientadas para a sua reabilitação social. Muitas vezes recorre-se a uma abordagem centrada em comunidades terapêuticas credenciadas para o efeito, como é o caso das Comunidades Terapêuticas da Comunidade Vida e Paz. Relativamente ao tipo de tratamento a que os consumidores de drogas mais aderem e com o qual têm maior êxito no combate ao consumo não existem dados, apenas os apresentados em relação ao tipo de tratamento existente não só em Portugal como na Europa. Portugal tem disponíveis todos os tratamentos acima mencionados (Relatório Anual, 2010:36).

3.3.3- Reinserção

A reinserção social é vista como essencial nas estratégias de luta contra a droga e inclui o desenvolvimento das capacidades, a melhoria das aptidões sociais, medidas para facilitar e promover o emprego e para obter habitação. Na prática, os programas de reinserção podem passar pelo aconselhamento profissional, colocação profissional e apoio à habitação.

A problemática da toxicodependência encontra-se associada à problemática da exclusão social. Assim nos mostram os dados do Relatório Anual do Observatório da Droga e da Toxicodependência. 9% dos utentes que, em 2008, iniciaram o tratamento da toxicodependência em regime de ambulatório e cerca de 13% dos que o iniciaram em regime de internamento eram sem abrigo. Cerca de 40% dos utentes que iniciaram o tratamento em ambos os contextos não tinham concluído o ensino secundário, enquanto 47% dos que iniciaram o tratamento em regime de ambulatório e 71% dos que o iniciaram em regime de internamento estavam desempregados. Tendo em conta a situação que actualmente toda a Europa vive é

bastante provável que estes valores não melhorem e que inclusive tenham tendência a agravar-se, visto o crescimento das taxas de desemprego fazer aumentar a concorrência no mercado de trabalho. A melhoria da empregabilidade é muitíssimo importante para a reinserção social dos toxicodependentes. Países como a Alemanha, a Itália, a Áustria, Portugal e o Reino Unido têm vindo a dar cada vez mais importância ao processo de recuperação através da criação de novas iniciativas na área do emprego (Relatório Anual, 2010:38,39).

O processo de reinserção inicia-se desde o primeiro atendimento, ou seja, logo que o consumidor procura ajuda. Este assume-se como um processo contínuo, de longa duração, interdisciplinar, com o objectivo de que os diversos saberes e práticas envolvidos garantam a coesão do atendimento às necessidades do indivíduo. A reinserção social pode dar-se a diversos níveis, nomeadamente e mais comum, pela via da inserção no mercado de trabalho, a nível da saúde do indivíduo, a nível educacional (normalmente indivíduos ligados ao consumo de droga têm baixa escolaridade), ou seja, o objectivo último é que estas pessoas deixem de ser excluídas socialmente.

Relativamente à reinserção de indivíduos consumidores de droga o que se pretende é a criação de estratégias para lidar com a abstinência e com as recaídas, ou seja, o fim último é lidar com os problemas sem que para isso seja necessário recorrer ao consumo de substâncias psicoactivas e, desta forma, não cair de novo no ciclo da adição. Para o potenciar existem diversos tratamentos disponíveis, devendo estes serem adequados a cada caso. Não existe um tratamento “milagroso” para todos os consumidores.

Ainda relativamente às toxicodependências considera-se necessário fazer um enquadramento das principais políticas e estratégias em matérias de drogas e perceber de que forma é que elas estão a ser cumpridas.

3.3.4- Evolução das principais políticas públicas em matéria de droga

Tendo em conta que o fenómeno das pessoas sem abrigo está intimamente ligado ao da toxicodependência é necessário reflectir não só em relação ao seu conceito e global problematização mas também em relação às políticas destinadas à intervenção no seu seio. Para isso é necessário contextualizar este fenómeno no tempo, nomeadamente em relação à evolução das principais políticas públicas.

3.3.4.1- Até aos anos 70

A legislação sobre drogas, em Portugal, iniciou-se com a Carta de Confirmação e Ratificação da Convenção Internacional do Ópio, assinada em Haia, entre Portugal e outras nações, a 23 de Janeiro de 1912 (Fonseca, 2006). No ano de 1924 surgiram os primeiros diplomas legislativos do Direito da Droga em Portugal com a aprovação da Lei n.º 1 687 e do Decreto n.º 10 375, em 9 de Dezembro. Em 1926 publica-se o Decreto-Lei n.º 12 210 de 24 de Agosto. Estas iniciativas legislativas transpõem para o direito interno o exercício do poder internacional e ainda, contemplam as recomendações introduzidas pela Convenção de 1912 (Dias, L, s.d.).

Em Portugal, até aos anos 60, o consumo de drogas era restrito às elites o que, em termos sociais, diminuiu-lhe o impacto, uma vez que estas não necessitavam de recorrer ao crime para a obtenção do consumo (Marques, 2008:47). Como refere Poiars (1998) "Ser utilizador de drogas, nesta fase, aparecia envolto numa aura de diletantismo: tratava-se de um outro mundo, ao qual apenas os mais abastados tinham acesso". O utente das drogas ainda não aparecia como actor social (Fonseca, 2006:1). Esta situação prolongou-se até aos finais dos anos 70, altura em que o consumo de drogas se apresentava como um grande problema não só em termos de saúde individual mas também em termos de impacto social (Marques, 2008:47). O poder político apenas olhou para o consumo de drogas como um problema no fim de 1960 início dos anos 70, altura em que é publicada uma nova lei (Decreto-Lei nº 420/70, de 5 de Setembro) que assenta numa perspectiva criminalizadora do consumidor (o consumo passa a ser punido com prisão até 2 anos) (Marques, 2008:47). "Tem-se na verdade presentes os perigos que aquele consumo comporta para a saúde física e moral dos indivíduos e a sua não rara interpenetração com fenómenos da delinquência" (Decreto-Lei nº 420/70, de 5 de Setembro). Com a criação deste Decreto-Lei a visão da droga como mercadoria/ transgressão aduaneira, que existia entre 1914 e 1970, termina, dando-se início à criminalização do consumidor (Fonseca, 2006:2).

3.3.4.2- Anos 70

Nos finais dos anos 70, o toxicodependente "emerge como destinatário da reacção formal, remetido ao estatuto de delinquente (arguido), ainda que quase exclusivamente ao nível da primeira geração transgressiva (posse e consumo). Esta foi a iniciação da associação droga-crime" (Agra e Poiars, 2003 apud Fonseca, 2006:2). No entanto é de ter em conta que, tal

como refere Agra (1997), “apesar de se tomar em consideração a figura do consumidor, julga-se que a utilização de estratégias punitivas será suficiente para desencorajar o uso de drogas” (Fonseca, 2006:2).

Entre 1970 e 1975, alguns acontecimentos de ordem social e política (greves, movimentos estudantis, etc.) aparecem associados ao aumento dos consumos de droga por parte dos jovens. O período é ainda marcado pelo aparecimento de diversas campanhas publicitárias alusivas aos problemas que a droga podia causar, nomeadamente loucura e até morte. Aumenta pois a inquietação social com o problema. Quanto às campanhas desenvolvidas, refere Marques (2008:47), estas tiveram um efeito contrário publicitando e aliciando os consumos em vez de serem eficazes em travá-los. Tendo em conta a contestação social e o regime político que se vivenciava naquela altura, o consumo estava ainda associado à subversão. Assim, “utilizar drogas passava a ser, de modo explícito, um factor criminalmente tipificado, que exigia punição” (Poiars, 1995:24 apud Marques:48).

Após o 25 de Abril os consumos propagaram-se, essencialmente com o regresso dos retornados das ex-colónias com consumos de liamba, erva e haxixe. É nos jovens que a droga encontra o seu público-alvo principal devido aos acontecimentos políticos que marcaram a época. “A droga transforma-se num fenómeno de rua, estabelecendo-se em locais (cafés, rua e praças) onde se encontravam os consumidores e onde se realizavam as transacções de droga” (Marques, 2008). Perante esta propagação do consumo é criado um conjunto de estruturas para fazer face a este fenómeno. Em 1975 surge, no âmbito da competência da Presidência do Conselho de Ministros, o Centro de Estudos da Juventude com uma vertente preventiva e de tratamento médico-social da toxicodependência e o Centro de Investigação Judiciária da Droga, que actuava na área da repressão e fiscalização do tráfico de drogas (SICAD, s.d.). Em 1976 o Centro de Estudos da Juventude dá lugar ao Centro de Estudos da Profilaxia da Droga, que assume competências mais alargadas, nomeadamente, na área da prevenção, tratamento e inserção social do toxicodependente. Ainda no campo da extinção, o Centro de Investigação Judiciária da Droga é substituído pelo Centro de Investigação e Controle da Droga. Esta necessidade de criar respostas surge do despoletar destes consumos (SICAD, s.d.).

3.3.4.3- Anos 80

A partir da década de 80 os padrões de consumo alteraram-se, nomeadamente com a introdução da heroína no mercado. Passou a estar-se perante o problema do consumo e o

problema do acesso ilegal aos produtos. Nesta época, a droga passa a ser vista como algo que infecta o corpo social e que aparece na origem de problemas sociais como a insegurança e a criminalidade (Marques, 2008:49). Perante este cenário, o Governo Português, com a introdução do Decreto-Lei nº430/83, de 13 de Dezembro, vem alterar as políticas em relação à droga. Nesta lei prevê-se a procura de soluções para o tratamento dos toxicodependentes e reforça-se a necessidade de as instituições trabalharem, em conjunto, na luta contra a droga (Fonseca & Quintas, 1997). Com a publicação deste Decreto-Lei nasce uma nova Lei da droga e surge a necessidade de se aprovar um plano integrado de combate à droga e com isto é criado o Projecto “Vida” (Decreto-Lei n.º 20-A/87, de 12 de Junho) (Dias, s.d.). Este plano de combate à droga contemplava 30 medidas que incidiam na prevenção da toxicomania, no tratamento, reabilitação e inserção social dos toxicómanos, e ainda no domínio do combate ao tráfico. É também nesta altura que, devido à grande procura de tratamentos, o Ministério da Saúde cria o Centro das Taipas, em Lisboa, orientado para o tratamento, recuperação e reinserção social dos toxicodependentes, alicerçado pelo Decreto-Lei n.º 20-A/87, de 12 de Junho, e os Centros de Apoio a Toxicodependentes pela Portaria n.º 74/89, de 2 de Fevereiro (Dias, s.d.), denominados actualmente de GAT (Gabinete de Atendimento aos Toxicodependentes), tendo como objectivo a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos toxicodependentes. Estes gabinetes mantêm uma relação muito próxima com as diversas instituições que trabalham nesta temática, nomeadamente com a instituição onde se desenvolveu o estágio relatado e discutido neste trabalho.

Passa-se a dar mais ênfase ao tratamento que à punição e a distinguir o consumidor do traficante (Marques, 2008:49). Passa-se também a ter uma legislação mais integradora que adopta medidas mais psicossociais e terapêuticas que punitivas em relação ao toxicodependente. Este passa a ter um tratamento mais especializado, “a orientação é agora, claramente pluridisciplinar, congregando as vertentes jurídico-penal, médica e psicossocial. Efectivamente, o toxicodependente é ainda um delinquente, mas não é apenas um delinquente” (Agra, 1998, apud Marques:48).

O aparecimento do HIV-SIDA, nesta altura, veio contribuir para a necessidade de se alterar a visão sobre a toxicodependência, e com isto, verificou-se que a utilização de um sistema repressivo e clínico no combate ao consumo de drogas não estava a resultar, e desta forma, foram pensadas novas respostas que permitissem um consumo de drogas “seguro” não só para os consumidores como também para a sociedade. De acordo com Poiares (1998:60, apud Marques:58), “estamos perante um novo paradigma: biopsicossociológico”. “O

toxicodependente deverá ser tratado e reenviado à sociedade, ou melhor, deve ser reinserido na comunidade, em substituição da atitude criminalizadora do acto em si do consumo”. Apesar destes avanços o consumo ainda era criminalizado.

3.3.4.4- Anos 90

Os anos 90 foram marcados por um reforço do aparelho repressivo e médico em relação às drogas. Em 1993 o Decreto Lei 15/93, de 22 de Janeiro de 1993 refere o sancionar do consumidor mas na óptica do incentivo ao tratamento dos consumos e refere-se ao problema das drogas no âmbito sanitário. Em 1997 é criado, no Ministério da Saúde, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência e é aprovada a Lei n.º 7/97, de 8 de Março onde se contempla o alargamento da rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de toxicodependentes, com o objectivo de “garantir o acesso a cuidados de prevenção, tratamento e reinserção social e profissional de todos os cidadãos afetados pela toxicodependência” (SICAD, s.d.). A rede de serviços públicos garantia a existência de, pelo menos, uma unidade de atendimento de toxicodependentes (CAT) por cada distrito, de unidades de desabilitação e de comunidades.

Em 1999 foi aprovada a Estratégia Nacional de Luta contra a Droga e foi criado o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência com a missão de “planear, gerir, fiscalizar e avaliar as diversas fases de prevenção, tratamento e de reinserção no âmbito da droga e da toxicodependência, tendo como fim último melhorar a eficácia da coordenação e execução das políticas e estratégias” (SICAD, s.d.). Foi também nesta altura que o governo português convidou peritos para elaborar um relatório aprofundado da situação nacional que contivesse várias recomendações, no sentido de se elaborar uma estratégia de intervenção. Assim, foi eventualmente aprovada pelo governo, através da Resolução do Conselho de Ministros 46/99, de 22 de Abril, a primeira Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência para um horizonte temporal de 1999 a 2004. Esta Estratégia contemplava 8 princípios:

1- Princípio da cooperação internacional - intervenção de Portugal na definição e concretização de estratégias face à droga;

2- Princípio da prevenção - combate à procura de droga através da realização de acções formativas e informativas à comunidade ou a determinados grupos-alvo;

3- Princípio humanista - reconhecimento da dignidade humana das pessoas envolvidas no fenómeno das drogas, e da sua história individual, familiar e social; consideração da

toxicodependência como uma doença; responsabilização do Estado na concretização do direito à saúde por parte dos cidadãos toxicodependentes e no combate à sua exclusão social;

4 - Princípio do pragmatismo - compreensão dos resultados cientificamente comprovados e das experiências ensaiadas nos diversos domínios do combate à droga e à toxicodependência e consequente adopção de soluções adequadas à conjuntura nacional;

5 - Princípio da segurança - garantia da protecção de pessoas e bens através da intervenção em matéria de prevenção e repressão do crime;

6 - Princípio da coordenação e da racionalização de meios - Administração Pública como organizadora de mecanismos que assegurem uma coordenação ou articulação eficaz entre os diversos departamentos, serviços e organismos competentes em matéria de droga e toxicodependência, bem como a optimização dos recursos, evitando a sobreposição e o desperdício;

7 - Princípio da subsidiariedade - distribuição de atribuições e competências que permitam que as decisões e as acções sejam confiadas ao nível da Administração local;

8 - Princípio da participação - intervenção da comunidade na definição das políticas relativas à droga e à toxicodependência (Resolução do Conselho de Ministros 46/99, de 22 de Abril).

Uma das medidas introduzidas pela Estratégia Nacional foi a descriminalização do consumo de todas as substâncias psicoativas através da aprovação da Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro que definiu o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. De acordo com o artigo 2, nº1 e nº2 desta última Lei, “o consumo, a aquisição e a detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV, anexas ao Decreto-Lei no 15/93, de 22 de Janeiro, constituem contraordenação; e a aquisição e a detenção para consumo próprio das substâncias referidas no número anterior não poderão exceder a quantidade necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias”.

Em 2001, e no seguimento da anterior Lei, surge o Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de Abril, onde o consumo de drogas, a aquisição e posse para consumo próprio deixam de ser considerados crime. No entanto, manteve-se a aplicação de algumas sanções. Nos termos desta Lei a competência para o processamento das contraordenações e a aplicação das respectivas sanções foi atribuída a uma Comissão (Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de Abril). Para aplicar esta nova Lei foram criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, que

vieram substituir os Tribunais Criminais, como resposta do Estado ao consumo de drogas. Estas Comissões, constituídas por um conjunto de técnicos da área da saúde e da justiça, procuravam informar as pessoas e dissuadi-las dos consumos de drogas. Estas tinham ainda o poder de aplicar sanções administrativas e de encaminhar pessoas para tratamento, sempre com o seu consentimento (SICAD, s.d.).

Em 2001 é aprovado o Regime Geral das Políticas de Prevenção e Redução de Riscos e Minimização de Danos, com o Decreto-Lei nº 183-A/2001, de 21 de Julho, que se apresentava como uma resposta para aqueles que mantinham os consumos de substâncias psicoactivas. Foram criadas as Equipas de Rua, estando neste momento para além da carrinha da metadona, duas IPSS no terreno – Crescer na Maior e Associação Novos Rostos Novos Desafios - que actuam através do Programa de troca de seringas e distribuição de preservativos. São unidades próximas que se deslocam aos principais locais de consumo na cidade de Lisboa, que tentam estabelecer uma relação com os toxicodependentes e motivá-los a cuidarem da própria saúde, ou seja, o que se pretende é que o consumo tenha o mínimo de riscos para os próprios e para a sociedade. Para além das Equipas de Rua constituem ainda respostas na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) os Gabinetes de Apoio, Programas de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência, Centros de Acolhimento, com equipas técnicas na área das dependências (Marques, 2008:64).

Nesta altura foi também, criado o Conselho Coordenador da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e da Toxicodependência, com o objetivo de assegurar a coordenação da política do Governo em todas as áreas da estratégia. Este Conselho, que passou pouco tempo depois a designar-se Conselho Nacional da Droga e da Toxicodependência, órgão de consulta sobre a política pública da droga e toxicodependência, assumiu a competência de pronunciar-se sobre a definição e execução da Estratégia Nacional. Assumiu ainda um papel fundamental no envolvimento dos vários parceiros, bem como na “definição das linhas de actuação entre a redução da oferta e da procura de droga, garantindo assim a coerência e sustentabilidade no planeamento, implementação, monitorização e avaliação das políticas públicas para esta área” (SICAD, s.d.).

Em 2004, procedeu-se à avaliação interna e externa da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência (1999-2004), bem como ao início do delinear de um novo ciclo estratégico, o de 2005-2012. Desta avaliação, resultaram recomendações que foram tidas em conta na elaboração do Plano Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência - Horizonte 2012. Neste plano foram incluídas algumas alterações em relação à estratégia,

nomeadamente o reforço da coordenação e integração das respostas a nível local, mantendo-se a ideia de proximidade à comunidade. O trabalho foi desenvolvido tendo sempre por base a criação de respostas integradas e complementares ao fenómeno do consumo de substâncias psicoativas e foi a última estratégia a ser definida até ao momento.

A nível da organização territorial da intervenção procurou-se através dos diversos planos estratégicos aplicar desenvolver-se um modelo de gestão desconcentrada, assente nas seguintes áreas intervenções:

- A prevenção, área onde o principal objectivo é a intervenção sobre as causas do fenómeno;
- O tratamento, área que evidencia a rede de recursos de cuidados à população com consumos de drogas;
- A redução de riscos e minimização de danos, que tem como objetivo focalizar a intervenção nas consequências sociais e de saúde que decorrem do consumo;
- A reinserção social que procura a construção de um projeto de vida orientado para a pessoa, através do envolvimento da família e da comunidade (SICAD, s.d.).

A dissuasão dos consumos decorre da aplicação do quadro legal vigente (Lei nº 30/2000, de 29 de Novembro e complementares), que assenta numa perspectiva de descriminalização do uso de drogas, potenciando a responsabilização pessoal através da aplicação de medidas sancionatórias à população consumidora, em alternativa a medidas consideradas mais punitivas. Relativamente à aplicação das políticas ela é da responsabilização/ competência do Instituto da Droga e da Toxicodependência - IDT, I.P, organismo tutelado pelo Ministério da Saúde que desempenhava diversas funções a nível central regional e local. Este organismo foi substituído, em 2011, pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), com o Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro, que apresenta como missão o reforço da componente de planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na diminuição das dependências (Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro). Desta forma o SICAD tem como funções:

“1- Apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição da estratégia nacional e das políticas de redução do consumo de substâncias psicoactivas, de prevenção das condutas aditivas e da diminuição das dependências e sua avaliação;

2- Planear, coordenar e promover a avaliação de programas de prevenção, de redução de riscos, de minimização de danos, de reinserção social e de tratamento;

3- Apoiar acções para potenciar a dissuasão dos consumos de substâncias psicoactivas;
4- Desenvolver, promover e estimular a investigação e manter um sistema de informação sobre o fenómeno da droga e das toxicodependências;

5- Assegurar a cooperação com entidades nacionais e internacionais no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências” (Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro).

Um dos desafios que se coloca não só ao SICAD mas às instituições que intervêm junto desta população diariamente é o de conseguir melhorar a qualidade de intervenção e o de conseguir contribuir para o alargamento do âmbito da intervenção. Para isso é necessária, contudo, uma melhor gestão dos recursos e financiamentos europeus.

3.3.4.5- Avaliação Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012

Relativamente à avaliação dos impactos do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 é possível verificar algumas conclusões, nomeadamente na construção de uma rede de respostas e de agentes que:

- “Coloca o indivíduo no centro das intervenções;
- Assenta no respeito pelos direitos humanos, não marginalizando ou estigmatizando os consumidores mas sim, apoiando-os e fomentando a sua participação na interrupção da escalada para consumos problemáticos de substâncias psicoativas ilícitas e na diminuição de práticas de risco;
- Privilegia os ganhos em saúde, individual e pública;
- Realizou intervenções para o aumento da segurança dos indivíduos e da população, através da prevenção e combate à pequena criminalidade e à criminalidade organizada;
- Apostou no planeamento e na disponibilização dos recursos com base nas necessidades identificadas, bem como na criação de recursos em áreas lacunares de intervenção prioritária;
- Diversificou os modelos e áreas de intervenção (e.g., intervenção em meio laboral, grupos específicos);
- Apostou no reforço da coordenação e cooperação intra e interinstitucional no território nacional e que promoveu a constituição de redes de atores locais, favorecendo a congregação de esforços do nível macro ao micro com vista à obtenção dos resultados definidos do PNCDT;

- Constitui as bases para um sistema de gestão global baseado na qualidade;
- Promoveu a formação contínua e a investigação” (Gesaworld, 2013:185,186).

Como tinha sido referenciado, este plano incluía algumas alterações em relação à estratégia, nomeadamente o reforço da coordenação e a integração das respostas a nível local, mantendo a ideia de proximidade à comunidade. Desta forma é possível falar sobre as principais metas atingidas, nomeadamente:

“1- Coordenação:

- Reforço do modelo de coordenação interministerial no seio da estrutura de coordenação para os problemas da droga, das toxicodependências e do uso nocivo do álcool;
- Reforço da articulação e coordenação inter e intraministerial;
- Alargamento da rede de serviços que integram o Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e Toxicodependências e melhoria da qualidade e gestão da informação nesta área.

2- Planeamento:

- Incorporação do diagnóstico de necessidades no planeamento de recursos;
- Reorganização dos recursos da rede pública, constituindo-se uma oferta de serviços que funciona de forma integrada com o objectivo de diminuir a procura de droga;
- Estudo e proposta de novos modelos de intervenção e respostas;
- Planeamento da intervenção dirigida a grupos e a contextos específicos.

3-Oferta de serviços:

- Implementação de uma rede de respostas integradas numa perspetiva de proximidade;
- Garantia da matriz bio-psico-social na abordagem aos comportamentos aditivos e às toxicodependências através da constituição de equipas multidisciplinar e da utilização de instrumentos que coloquem em prática o modelo interdisciplinar;
- Reforçados e criados novos modelos de intervenção com o objectivo de adequar estratégias às necessidades apresentadas pelas populações/indivíduos;
- Implementação e alargamento das respostas dirigidas a grupos e contextos específicos;
- Envolvimento e responsabilização da comunidade na resolução dos problemas locais, em especial aqueles que dizem respeito aos comportamentos aditivos e fatores de risco associados;
- Aumento do número de indivíduos contactados ou assistidos nos vários sectores da área da redução da procura de droga.

----- 3 -----

- Reforçada a capacidade de acompanhamento, monitorização e avaliação, tendo-se criado uma cultura de registo e avaliação;

- Auditados técnica e financeiramente os projetos, programas e intervenções.

5-Qualidade:

- Incorporadas normas e procedimentos que orientam as intervenções;

- Definidos e implementados os circuitos de referenciação entre respostas;

- Elaborados e incorporados *guidelines* que possibilitam a harmonização dos procedimentos e dos modos de intervenção;

- Iniciado o processo de certificação e acreditação das intervenções, programas e projetos.

6-Cooperação e articulação:

- Criada a figura do Núcleo Territorial que veio impulsionar a união e a articulação de atores locais;

- Reforçada a articulação e coordenação entre atores a nível regional e local;

- Iniciada a intervenção em meio laboral, em conjunto com o tecido empresarial e sindical, abrindo uma nova área de intervenção.

7-Investigação, formação, informação e sensibilização:

- Executado o plano formação de técnicos” (Gesaworld, 2013:189,190).

Estas foram as principais metas atingidas ao longo dos anos 2005-2012 com a aplicação desta estratégia, no entanto aquilo que se verifica é a necessidade de uma aplicação maior a nível do terreno propriamente dito. Ao nível local e das instituições aquilo que se sente, sem ser no que diz respeito à política de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), e ao funcionamento dos GAT (Gabinete de Atendimento aos Toxicodependentes – antigos CAT), apesar das suas fragilidades, é que as políticas “não existem” ou simplesmente não estão a ser aplicadas pelos técnicos.

3.4- Alcoolismo

Morton Jellinek, em 1960, (apud Lino, 2006:4), definiu pela primeira vez alcoolismo como doença dizendo que alcoólico é todo aquele indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas pode prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos. Na concepção do autor o álcool é patogénico quando há uma perda do controlo desse mesmo consumo e quando tal prejudica o indivíduo ou o meio onde está inserido.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o alcoolismo como doença considerando que o “Alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais” (OMS apud Mello et al 2001:15). A OMS definiu ainda alcoólico como doente, “Alcoólicos são bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico”. Acrescentando que “devem submeter-se a tratamento” (OMS apud Mello et al 2001:15). Relativamente aos factores que condicionam o consumo excessivo de álcool Mello refere-nos que existem factores individuais e factores do meio. Como factores individuais predominam factores psicológicos, fisiológicos, genéticos, entre outros e nos factores relativamente ao meio, fenómenos socioculturais e económicos (Mello et al., 2001:19-21).

O alcoolismo caracteriza-se por diversas etapas sendo elas: a do alcoolismo agudo (ingestão de uma grande quantidade de álcool num determinado período de tempo); a dependência alcoólica (o indivíduo perde o controlo sobre a bebida e começa a beber compulsivamente) e o alcoolismo crónico (ingestão habitual e frequente de bebidas alcoólicas consumidas ao longo do dia). No entanto, as causas do consumo excessivo de álcool podem coexistir numa mesma etapa de alcoolismo. As causas associadas ao consumo podem ser de foro genético, social, cultural, psicológico ou de personalidade (Lino, 2006:12).

No que diz respeito ao tipo de problemas que o consumo de álcool produz é possível indicar a seguinte tipologia:

- 1- Problemas ligados ao álcool no indivíduo:
 - Efeitos episódicos agudos de um forte consumo de álcool; consequências de um consumo excessivo e prolongado de álcool; efeitos de um consumo de álcool em determinadas circunstâncias (ex.: gravidez, aleitamento e menoridade).
- 2- Problemas ligados ao álcool na família do alcoólico:
 - Perturbação da família e do lar do alcoólico; adolescência do alcoólico – crianças filhas de alcoólicos e suas perturbações.

- 3- Problemas ligados ao álcool no trabalho:

- Diminuição de rendimento laboral; aumento do absentismo e accidentalidade; reformas prematuras.

4- Problemas ligados ao álcool na comunidade:

- Perturbações nas relações sociais e da ordem pública; delitos, actos violentos, criminalidade; desemprego, vagabundagem; degradação da saúde e do nível de vida e bem-estar da Comunidade; acidentes de viação (Mello et al., 2001:23).

Um consumidor excessivo de álcool tal como um consumidor de drogas encontra-se desintegrado socialmente, isto é, o álcool torna-se um factor de risco para a inserção social. Quando falamos em consumo de substâncias falamos de relações pouco coesas não só com a rede social mas com a própria sociedade. Relativamente às relações familiares que o alcoólico mantém sabemos que o consumo excessivo está associado a um ambiente familiar desestruturado, inclusive a práticas de violência doméstica e ao abuso físico e maus-tratos de crianças. Discussões familiares, problemas de foro económico e falta de vinculação com os pais são factores de risco que contribuem para o consumo excessivo da própria substância.

No que diz respeito ao comportamento de um alcoólico a nível profissional falamos de indivíduos que tendem a falhar com as suas responsabilidades, sendo característico a falta de assiduidade e pontualidade, as demissões constantes e a tendência para a prática de comportamentos agressivos e conflituosos. Perante este panorama as dificuldades económicas tornam-se cada vez maiores e como tal é frequente a prática de crimes para sustento dos consumos como roubos, furtos e até homicídios (Lino, 2006:14).

Em Portugal o álcool é uma droga legal e bastante comercializada fazendo parte inclusive dos hábitos alimentares da maioria da população. Para além disso, este aparece associado a um quadro de relacionamento social, nomeadamente a comemorações festivas e chega a fazer parte de alguns estilos de vida (Balsa et al., 2011). De acordo com estudos realizados por Mello em 2001 em Portugal:

- mais de 80% dos homens e 50% das mulheres consumiam bebidas alcoólicas;
- o vinho era a bebida alcoólica mais consumida em Portugal;
- o consumo era feito diariamente, ao longo do dia, dentro e fora das refeições;
- 80% das mulheres tinham consumos de álcool durante a gravidez e a amamentação;
- o início dos hábitos de consumo era precoce; mais de 60% dos jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, e mais de 70% acima dos 16 anos, consumiam regularmente bebidas alcoólicas (Mello et al., 2011:35).

No âmbito da Saúde Pública, o consumo abusivo de álcool constitui então:

- uma determinante da taxa de mortalidade extremamente elevada. O álcool está frequentemente ligado a problemas como a hipertensão arterial, a doença cerebrovascular, os cancros, incluindo o cancro da mama na mulher e no homem a cirrose hepática, o desequilíbrio psicológico e a dependência química;
- um factor importante na morte por acidentes de viação, nos acidentes domésticos e nos de trabalho;
- um elemento central quando falamos em problemas na ordem pública incluindo crime, homicídio e violência;
- um grande peso em situações de ruptura familiar, violência doméstica e maus-tratos sobre crianças;
- um factor de redução da produtividade não só a nível escolar como ao nível do exercício do trabalho (Mello et al., 2011:41).

Quando falamos do tipo de tratamento que existe disponível para consumidores de álcool falamos de um conjunto muito mais abrangente de intervenções do que em relação às existentes para os consumidores de drogas. São eles tratamentos a nível psicoterapêutico (psicoterapia familiar, de grupo, de apoio inclusive Alcoólicos Anónimos) e tratamentos com fármacos. Além disto, tal como em casos de toxicodependência existem tratamentos em regime de internamento. A nível de eficácia do tratamento também há uma variação de caso para caso consoante a etapa de alcoolismo em que o indivíduo se encontra, consoante o tipo de relações que mantém com a sua rede social, etc. (Lino, 2006:15-18).

O alcoolismo, contrariamente à toxicodependência, é mais aceite socialmente por uma questão cultural. Em Portugal o consumo de vinho e a sua produção são uma constante histórica, algo que muitas vezes pode determinar ou não a percepção do alcoolismo como uma doença.

Desta forma, “as dependências de álcool e drogas são apontadas, quer como raiz, quer como consequência da situação de sem-abrigo” (Menezes,2012:51).

4- Metodologia – Trabalho de Estágio

Neste capítulo serão distinguidas as metodologias de trabalho das de intervenção. No que diz respeito às metodologias de trabalho foram utilizadas as técnicas da pesquisa documental e a observação participante, nomeadamente no início do estágio, nas actividades de ambientação, no contacto com os utentes e os técnicos e nas observações das suas dinâmicas. Relativamente às técnicas de intervenção utilizadas no contexto de estágio falamos da Investigação-acção do Método integrado de intervenção, do Modelo Psicossocial e da abordagem do *Empowerment*, todas elas transversais à intervenção social. Estas técnicas foram aplicadas no decorrer dos atendimentos sociais realizados no local de estágio e nas dinâmicas de grupo. Apesar disto, estas foram utilizadas de modo integrado, ou seja, elas complementam-se durante o decorrer das actividades realizadas no local de estágio.

Observação Participante:

Como em qualquer estágio a observação das dinâmicas do próprio espaço é importante e como tal a observação participante foi uma das técnicas aplicadas no estudo. A observação participante concretiza-se numa observação do tipo directo, na qual, segundo Hermano Carmo (2008:121) o investigador assume perante a população observada o seu papel de estudioso e combina-o com outros papéis sociais que lhe permitem uma melhor observação. O desempenho desses papéis faz o investigador participar na vida dos observados. A esta técnica dá-se o nome de observação directa. Esta técnica dá-nos a possibilidade de entender de uma forma melhor o estilo de vida da população em estudo.

Pesquisa documental:

Para além da observação participante foi realizada pesquisa documental sobre as temáticas que estão relacionadas com a população em estudo. Relativamente à pesquisa realizada no local de estágio ela foi conduzida através da exploração de documentos institucionais como trabalhos de balanço da actividade elaborados anualmente pelos técnicos, entre outros documentos facultados como teses de mestrado realizadas por outros estagiários, artigos científicos, livros de referência nas áreas da problemática em que a instituição actuava, etc..

A pesquisa documental é sem dúvida imprescindível para um melhor conhecimento sobre o que existe em termos teóricos sobre a área em estudo. Esta foi importante para a realização

de actividades adequadas à população e para uma melhor compreensão, análise e prática da reinserção nos encaminhamentos dos utentes para os serviços.

Investigação-acção:

Para além da pesquisa documental também foi aplicada a metodologia de Investigação-Acção. Esta apresenta como elemento fulcral da estratégia de conhecimento a relação entre o cientista e o seu objecto de estudo, tendo em vista a mudança de uma situação dada para outra colectivamente desejada (Guerra, 2002). “A investigação-acção tem com o objectivo resolver problemas de carácter prático, para os quais não existem soluções baseadas na teoria” (Núncio, 2010:108).

A estratégia desta investigação aborda a realidade, na medida em que delimita o problema, explora-o e investiga-o, interpreta-o e analisa-o, oferecendo respostas e soluções para o problema (Núncio, 2010:109). A autora Isabel Guerra apresenta as principais características da investigação-acção contudo as seguintes são aquelas nas quais me vou focar:

- O objectivo é a resolução de problemas sendo que o que interessa é o processo de mudança social e não o resultado da investigação-acção;
- O investigador é um apoiante dos sujeitos na acção, não é um mero observador.

A função do investigador-actor vai no sentido de modificar os comportamentos, os hábitos, as atitudes dos indivíduos e melhorar as relações sociais com o seu objecto de estudo. Isto porque apesar de, no início, a metodologia aplicada ter sido a da observação participante, o pretendido era a participação activa nos processos dos utentes assumindo funções semelhantes aos dos Técnicos de Referência da Instituição, sendo o fim último a construção conjunta de um projecto de vida (Guerra, 2002). “(...) A razão de ser da ciência reside na possibilidade de intervenção na realidade” (Núncio, 2010:108).

Inquérito por Entrevista:

Foi realizado também um Inquérito por Entrevista não estruturado a informadores qualificados, ou seja, aos técnicos que trabalham no Espaço Aberto ao Diálogo, com o objectivo de perceber as dinâmicas e quais as melhores formas de intervenção em casos específicos.

De seguida passarei à exposição das metodologias que dizem respeito ao tipo de intervenções realizadas pelos técnicos no Espaço Aberto ao Diálogo (EAD) e que surgiram de base para a discussão das actividades desenvolvidas em contexto de estágio, no sentido de perceber se as mesmas estão ou não a ser aplicadas de forma correcta e os respectivos constrangimentos/limites destes métodos na prática da intervenção.

Intervenção Social:

Tendo em conta falarmos em intervenção social numa instituição de apoio a pessoas se abrigo considero necessário perceber de que forma é que esta é definida e qual a sua finalidade. Este conceito, bem como o conceito de serviço social e de trabalho social, não são entendidos por todos os autores da mesma forma (por uns considerados sinónimos por outros não). Ander-Egg refere que os conceitos de serviço social e trabalho social têm sido utilizados para expressar o mesmo quadro conceptual e a mesma actividade profissional mas por profissionais e académicos distintos (Carmo et al., 2014:67).

É possível definir intervenção social como “um processo social em que uma dada pessoa, grupo, organização, comunidade, ou rede social - a que chamaremos sistema-interventor – se assume como recurso social de outra pessoa, grupo, organização, comunidade, ou rede social – a que chamaremos sistema-cliente – com ele interagindo através de um sistema de comunicações diversificadas, com o objectivo de o ajudar a suprir um conjunto de necessidades sociais, potenciando estímulos e combatendo obstáculos à mudança pretendida” (Carmo et al., 2014:68, 69). Desta forma é possível considerar que são interventores sociais todos aqueles que têm uma prática profissional de sistema-interventor e com formação inicial e contínua adequada ao tipo de intervenção (Carmo et al., 2014:69). Com isto, enquadram-se nesta profissão sociólogos, psicólogos, antropólogos, trabalhadores de área da política social, etc., sendo possível identificar diferentes tipos de contributos para a intervenção social:

- 1- Contributos especializados na fase de estudo e diagnóstico da realidade social (frequentemente desempenhados por sociólogos e antropólogos);
- 2- Contributos especializados na fase de intervenção com a administração e execução de programas (desempenhados por psicólogos, entre outros);
- 3- Contributos generalistas, uma especialização em termos sistémicos e holísticos (desempenhado habitualmente por profissionais da área da política social e do serviço social) (Carmo et al., 2014:69).

Para além da definição do interventor é necessário perceber quais as finalidades da sua intervenção, ou seja, que o diferenciam de outro profissional. Posto isto é possível identificar uma dupla finalidade:

- 1- Responder a necessidades de subsistência;
- 2- Responder a necessidades de participação.

Referente às necessidades, uma teoria que elucida bem a questão é a Teoria das Necessidades de Maslow (fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de auto-realização), onde na base temos as necessidades fisiológicas e no topo, as de auto-realização. De acordo com este autor para motivar alguém necessitamos de saber onde a pessoa se encontra na escala, isto para lhe proporcionar a satisfação da necessidade e passar à seguinte (Carmo et al., 2014:71). As necessidades ditas fisiológicas (alimentação, abrigo, higiene) e as de segurança (trabalho remunerado ou outros rendimentos) fazem parte da resposta às necessidades de subsistência. É neste campo, onde os trabalhadores sociais actuam, no sentido de mobilizar os meios disponíveis para a satisfação das mesmas, no entanto não é o único. O facto de os trabalhadores muitas vezes não conseguirem sair da satisfação destas necessidades pode contribuir para a criação de relações de dependência por parte do cliente e para situações de exploração socioeconómica (Carmo et al., 2014:71,72). No que diz respeito às necessidades de participação o que se pretende é a promoção da cidadania, isto é, garantir que cada pessoa participa no processo de desenvolvimento e de democratização da sociedade onde vive (Carmo et al., 2014:71,72). Perante estas duas finalidades a pergunta que nos podemos fazer, enquanto técnicos é: Em que nível estou a actuar?

Tendo em conta estas finalidades é possível distinguir duas funções essenciais dos interventores:

- 1- Ajudar os sistemas-clientes a sair da situação de carência em que se encontram;
- 2- Ajudar a criar condições sociais para o exercício dos seus direitos cívicos. Quando falamos de ajuda é necessário ter em conta que o objectivo não é o de nos fazermos substituir ao sistema-cliente. A ideia é o interventor funcionar como um recurso para o mesmo, no sentido de promover o desenvolvimento pessoal e social do cliente, de uma forma mais autónoma (Carmo et al., 2014:73). Com isto é possível distinguir três dimensões da intervenção:

- 1- Dimensão assistencial (onde se fornecem os recursos mínimos à subsistência);
- 2- Dimensão socioeducativa (ajudar o sistema-cliente a iniciar o processo de ressocialização através da identificação e utilização dos recursos, e do reconhecimento dele próprio como um recurso);

3- Dimensão sociopolítica (ajudar o sistema-cliente a tomar consciência dos seus direitos cívicos, económicos, sociais, culturais e de solidariedade) (Carmo et al., 2014:73).

Em suma, o que o interventor social pretende é mobilizar recursos por forma a satisfazer as necessidades do cliente, no entanto isto não deve ser realizado numa óptica assistencialista mas antes numa lógica de responsabilização e das garantias dos direitos.

Método integrado de intervenção:

Este método utiliza-se não só no trabalho com indivíduos mas também com famílias ou com pequenos grupos, ou seja, trabalha-se numa dimensão microsocial mas também numa dimensão macrosocial com grupos ou comunidades locais (De Robertis, 2003 apud Núncio, 2012:127). Este modelo é uma espécie de junção dos métodos clássicos do Serviço Social (Serviço Social de casos, Serviço Social de grupos e Serviço Social de comunidades) que permite esta abordagem integradora e holística. Na intervenção feita junto dos utentes do Espaço Aberto ao Diálogo este tipo de intervenção era bastante comum uma vez que falamos de um problema que não é isolado e onde a mediação e intervenção junto das famílias e da comunidade, nomeadamente ao nível da reinserção social, do combate à discriminação, preconceito e rotulagem, é bastante significativo. No entanto como a maioria dos utentes que frequentava o EAD era solteiro (informação retirada dos relatórios de actividades da instituição e do estudo empírico realizado) a intervenção focava-se muito mais no indivíduo, dirigindo-se para uma intervenção mais comunitária aquando do fim do tratamento dos consumos, numa lógica de reinserção na sociedade, e por parte das respostas para onde teria sido encaminhado o utente. Ao nível da intervenção na comunidade o EAD tinha uma intervenção muito reduzida devido às suas especificidades.

No que diz respeito à intervenção com grupos o enfoque é bastante mais elevado por comparação à intervenção na comunidade, uma vez que eram realizadas dinâmicas de grupo com alguma frequência. O objectivo era de alguma forma potenciar o sentimento de grupo tendo em conta que falamos de pessoas que tendem a isolar-se, e que seguindo para tratamento, irão partilhar o mesmo espaço. Há então uma necessidade de ajudar a criar laços e o grupo permite não só o desenvolvimento pessoal de cada um dos seus membros, mas também o desenvolvimento social do grupo (Núncio, 2010:121).

Desta forma estão previstas na metodologia de Serviço Social com grupos algumas funções para o trabalhador social que dinamiza o grupo, nomeadamente:

- 1- Ser interlocutor;

- 2- Ser facilitador das interacções entre os membros;
- 3- Estimular a prossecução de objectivos comuns e individuais;
- 4- Interpretar as dinâmicas do grupo e os seus significados;
- 5- Planificar, preparar e calendarizar as actividades;
- 6- Orientar as tarefas;
- 7- Estabelecer limites e regras;
- 8- Avaliar o processo grupal (Núncio, 2010:122).

Para além disto o interventor social deve ainda:

- 1- Travar conhecimento e ganhar a confiança do grupo;
- 2- Identificar os problemas e avaliá-los com o grupo;
- 3- Iniciar o processo de ajuda, a partir de onde se encontra o grupo, tendo em conta as necessidades básicas de pertença, de respeito próprio e de cooperação (Carmo et al., 2014:190)

No decorrer do processo é necessário que o profissional escute, observe e seja empático com o objectivo de se aperceber, no comportamento do grupo, de indícios de necessidade de ajuda (Carmo et al., 2014:190).

Na Intervenção Social com Grupos o primeiro passo prende-se com a construção de um diagnóstico onde se pretende identificar os problemas existentes, as causas e onde se pretende obter pistas para a recolha da estratégia de intervenção que se vai seguir (Carmo et al., 2014:191). Posto isto, o diagnóstico implica:

- 1- Identificação dos actores e as relações que mantêm entre si e com as rede sociais a que pertencem (fazem parte do grupo todos aqueles que o influenciam de alguma forma; o contexto organizacional e ambiental do grupo deve ser analisado);

- 2- Identificar as necessidades e recursos e, relacionando-os com o quadro teórico e axiológico do interventor social, formular os problemas (analisam-se as necessidades materiais e imateriais do grupo; estas necessidades poderão ser sistematizadas utilizando algumas tipologias como a estabelecida por Maslow na Teoria das Necessidades, ou por exemplo a análise SWOT onde se apontam pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças. Na análise SWOT o que se pretende é que esta se sente no presente; e por fim o sistema-interventor deverá identificar os meios disponíveis e necessários para enfrentar a situação-problema);

- 3- Avaliar as suas próprias possibilidades e limitações para poder ajudar o grupo (neste nível o interventor deve interrogar-se sobre o seu nível de conhecimento acerca do problema em questão, sobre as suas competência do uso das técnicas e sobre o seu grau de envolvimento/distanciamento emocional do grupo. O que se pretende é que o interventor

verifique se existem as condições ou não para continuar com a dinâmica) (Carmo et al., 2014:191-197).

Considerando o interventor continuar a dirigir a dinâmica deve então passar-se para a construção do plano de acção, onde se:

1- Define rumos de solução (estratégias, finalidades, objectivos), identificando os recursos disponíveis e articulando-os para atingir os objectivos (os objectivos da intervenção têm de ser pensados de acordo com as necessidades identificadas);

2- Define aspectos práticos de funcionamento das sessões (o grupo deverá ter entre 5 a 12 elementos; modo de selecção dos grupos: autoselecção (grupos naturais); selecção sem restrições (qualquer pessoa se pode juntar ao grupo); selecção pelo próprio grupo; selecção situacional (por critérios descritivos) e selecção por serviço. O grupo deverá ser equilibrado em relação à dicotomia homogeneidade/heterogeneidade; duração do plano: de 3 a 6 meses) (Brown, 1992 apud Carmo et al., 2014:200);

3- Antecipa os tipos de registos de informação a utilizar (utilização de fichas individuais, diários de campo, crónicas de grupo, questionários de observação, etc.; o registo da informação é muito importante para perceber a evolução do grupo) (Brown, 1992 apud Carmo et al., 2014:205);

4- Equaciona modos de avaliar a acção (a avaliação deve permitir analisar o que se conseguiu atingir com a intervenção com o grupo; é necessário avaliar tudo o que fazemos no sentido de uma melhoria contínua e para ser possível partilhar boas práticas; avaliando podemos receber *feedback* da intervenção; este processo deve ser planeado no início da intervenção e deve ser apresentado em suporte escrito.) (Brown, 1992 apud Carmo et al., 2014:206 e 207);

Neste tipo de intervenção com grupos existem alguns constrangimentos nomeadamente na eficácia da construção dos próprios grupos, ao nível da selecção e motivação dos membros, com a elaboração de diagnósticos e com a condução da dinâmica em si (Núncio, 2010:122). Outros constrangimentos no planeamento na intervenção social com grupos são: os conteúdos irrelevantes para o grupo; utilização de demasiados exercícios ou de exercícios inapropriados; má gestão do tempo e planeamento da ordem das actividades, e por fim, fraca flexibilidade (Jacobs et al., 1994 apud Carmo et al., 2014:197).

Em suma, este método integrado de intervenção comporta em si toda a actividade do trabalhador social, ou seja, compõem-se de duas dimensões: “o que fazer” – no sentido dos conhecimentos e competências do trabalhador social e no como fazer – no sentido dos valores

ideológicos que orientam o trabalhador social na sua intervenção com os clientes (Caparro et al., 1998 apud Núncio, 2010:127).

Modelos de Intervenção em Serviço Social:

A generalidade dos autores identifica como principais modelos de intervenção social o Modelo Psicossocial, o Modelo de Modificação de Conduta, o Modelo Sistémico e o Modelo de Intervenção na Crise, no entanto os técnicos do EAD apenas se focam na intervenção psicossocial devido às especificidades da sua intervenção (Núncio, 2010:128).

As pessoas que procuram o Espaço Aberto ao Diálogo são pessoas que estão em situação de pessoa sem abrigo ou em vias de estarem nesta condição. Este fenómeno tem a si associado um conjunto de problemáticas que deram origem a esta condição, “na generalidade dos casos em que trabalha a intervenção psicossocial, a situação problemática ainda que centrada num problema identificado como prioritário, corresponde a uma constelação de problemas e dificuldades e não a um problema único” (Silva, 2001:33). Desta forma, o **Modelo Psicossocial** é aplicado pelos técnicos na intervenção, uma vez que “implica a consideração de todos os elementos de ordem social, económica, física, psicológica e emocional,” (Núncio, 2010:129), e porque a resolução de problemas resultantes de desequilíbrios na relação entre o indivíduo e o meio constitui objecto de intervenção deste modelo (Núncio, 2010:129).

Do ponto de vista metodológico os momentos centrais de intervenção psicossocial são: o diagnóstico, o tratamento e a avaliação (Núncio, 2010:129). Na fase de diagnóstico o que se pretende é descrever a situação psicossocial do utente e o problema que o afecta. Assim é aqui que se inicia o processo de um utente no EAD. A fase de diagnóstico e de levantamento de toda a situação que o levou até aquela situação ocorre no primeiro contacto com a instituição, no entanto o diagnóstico é algo que nunca está fechado uma vez que a relação profissional-cliente vai-se consolidando à medida que se vai construindo o projecto de vida com o utente. No EAD é muito comum situações de diagnósticos participados (com outras entidades) isto porque é difícil estabelecer uma relação terapêutica quando não é possível garantir o regresso do cliente.

Após o técnico fazer o levantamento da situação/ problema do utente e analisá-la é necessário analisar-se a situação do ponto de vista dos recursos individuais, familiares e sociais que podem ser mobilizados para que a intervenção seja a mais eficaz. Neste modelo pressupõem-se que, no quadro da relação ajuda, estas análises sejam partilhadas entre o trabalhador social e o utente, nomeadamente ao nível do que o utente pretende e no que técnico

pode intervir. Só depois de analisadas em conjunto é que é possível estabelecer um plano de acção/ projecto de vida onde são delineadas estratégias de intervenção (Núncio, 2010:130).

Relativamente ao processo de tratamento ele pressupõe procedimentos ao nível do serviço social directo – realizado junto do utente para modificar elementos de pressão interna – e ao nível indirecto – realizado junto do meio envolvente para modificar elementos de pressão externa que estejam a afectar o utente. Nesta caso não existe intervenção por parte dos técnicos no processo de tratamento propriamente dito, uma vez que se trata de uma unidade de triagem. No entanto, a intervenção desta instituição visa de alguma forma criar ferramentas de resistência à frustração e proporcionar, durante o processo de triagem-encaminhamento, o desenvolvimento de capacidades para lidar com outras situações que aconteceram não só no tratamento dos consumos como no seu regresso à sociedade. Esta camada da população caracteriza-se por uma desmotivação e descrença em relação aos projectos de vida, desta forma o papel do técnico será o de “tentar persuadir a pessoa a vencer essa atitude e a empenhar-se numa tentativa de resolução dos seus problemas” (Silva, 2001:30). Por último, é necessário avaliar resultados e desta forma cessar a relação de ajuda com o utente (Núncio, 2010:130).

De acordo com o modelo psicossocial é possível agrupar a intervenção social em cinco níveis:

- 1- Facilitar o recurso às redes informais (família, amigos, vizinhança);
- 2- Favorecer o recurso a estruturas formais a fim de providenciar a resposta a necessidades (materiais ou outras);
- 3- Favorecer um funcionamento mais adequado das macro-estruturas tais como as instituições educativas, de saúde, de justiça, etc.;
- 4- Favorecer a emergência de novos papéis sociais que respondam às novas expectativas;
- 5- Contribuir para a mudança, a nível legal, de políticas sociais, costumes e regras de funcionamento social (Silva, 2001:25 e 26).

Em suma a intervenção psicossocial tem por objectivo “oferecer apoio e suporte para que a pessoa possa exercer e utilizar os seus recursos, efectivos ou latentes, assim como todos os meios que lhe permitam passar do conflito à sua solução, do impasse à decisão e à acção” (Perlman, 1970 apud Silva, 2001:65).

Empowerment:

Um conceito que se aplica ao tipo de intervenção psicossocial, e à intervenção dos técnicos do EAD, é o conceito de *Empowerment* (Silva, L, 2001:29). Carla Pinto (1998) define-o como “um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sócio-cultural, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania” (Carmo, 1998:247). *Empowerment* significa o processo de aumentar o poder e numa lógica da intervenção psicossocial, ou seja, de utilização de todos os recursos existentes, da sua utilização de forma criativa e adequada às situações, e da modificação da atitude do cliente face a essas potencialidades, o que se faz é tentar aumentar o poder da pessoa, isto é proporciona-se o “empoderamento” (Silva, 2001:29).

O conceito de *Empowerment* está interligado a outros conceitos que são essenciais para o processo de fortalecimento e auto-determinação dos indivíduos (Carmo, 1998:264), nomeadamente o conceito de *Advocacy*. Por este entenda-se a “defesa ou representação do cliente, seja um indivíduo, grupo ou comunidade, junto das instituições políticas e sociais e da sociedade em geral (Carmo, 1998:265). Numa fase inicial o que se espera do trabalhador social é que ele desempenhe um papel mais activo, isto é, o de suporte e treinador das competências dos clientes, no entanto, numa segunda fase espera-se que o trabalhador social “se retire” e que o cliente seja capaz de assumir a sua representação, e aí estamos perante o *self-advocacy*, isto é “a capacidade do cliente em se representar a si mesmo na defesa dos seus interesses” (Carmo, 1998:265). Numa situação de exclusão social, e numa relação de ajuda, é de se esperar que o técnico assuma este papel no sentido de satisfazer as necessidades do indivíduo e de lhe garantir os seus direitos, no entanto sempre tendo em vista a sua autonomização.

Num processo de *empowerment* é essencial que os trabalhadores sociais treinem a sua capacidade de “despir” a sua descrença no cliente e de se afastarem das valorações negativas, ou seja, de todos os preconceitos e discriminações contra certas populações (Payne, 1991 apud Carmo, 1998:265). É necessário acreditar nas potencialidades do indivíduo e na sua capacidade de dar um rumo diferente à sua vida, de responsabilizar-se por ela (Carmo, 1998:265). Para além disto é também função do trabalhador social ajudar a treinar os clientes a acreditarem em si mesmos, ou seja, devem ajudá-los a crer nas suas próprias capacidades. “O processo de *Empowerment* procura utilizar estratégias específicas a fim de reduzir, eliminar, combater e reverter as valorações negativas” (Payne, 1991 apud Carmo, 1998:266).

Outro conceito muito presente neste processo é o conceito de validação do cliente onde se reconhece as suas capacidades de expressão durante o processo de ajuda. “É necessário trabalhar com o cliente no sentido de levá-lo a (re)descobrir a sua capacidade de expressão e de criação/descrição da realidade, pois é ele mesmo o seu maior recurso” (Carmo, 1998:266). Desta forma o trabalhador social deve olhar para o cliente como um recurso, tendo ele capacidades, e como agente de mudança (Carmo, 1998:266). Simon apresenta duas formas de ver o cliente:

1- Agente causal (o cliente é quem dita o ritmo e o rumo do processo, é ele que decide ou não usar os recursos disponíveis, inclusive o profissional de ajuda);

2- Agente sobrevivente (tem capacidade de resistir às adversidades e de lidar com as dificuldades e mudanças – *coping*) (Carmo, 1998:267).

Outros dois conceitos ligados ao processo de *empowerment* são o conceito de comunidade e de sinergia. O processo de *empowerment* individual visa o *empowerment* colectivo, ou seja, o *empowerment* de uma dada população. O que se pretende é unir os membros de uma população e ultrapassar uma situação de dominação e discriminação em conjunto. A expressão “a união faz a força” tem muito impacto neste processo, uma vez que um indivíduo sozinho não consegue alterar uma situação de exclusão ou de discriminação. Numa visão de relacionamentos sinérgicos o que se pretende são relacionamentos onde é possível potenciar resultados obtidos individualmente (Carmo, 1998:268,269).

Na prática do serviço social, seguindo uma abordagem de *empowerment* é necessário seguir alguns princípios, entre eles:

1- Estabelecer um relacionamento de parceria com o cliente, encarando-o como pessoa com direitos e deveres, potencialidades e carências (para isso deve-se ouvir, dar informação, fazer do relacionamento uma troca, existir envolvimento no processo não só do cliente mas também do trabalhador social e manter um balanço constante das capacidade e do poder);

2- Centrar o processo de *empowerment* na expansão das capacidades, potencialidades e recursos do cliente e do meio envolvente (é necessário apoiar e treinar o cliente para o reconhecimento e utilização dos seus recursos mas também para a identificação dos que necessita de desenvolver ou adquirir);

3- Procurar direccionar a prática do serviço social para populações marginalizadas e oprimidas;

4- Não apressar o ritmo do processo nem frustrar com as dificuldades da abordagem;

5- Definir programas e intervenções com base nas necessidades e preferências do cliente (incentivar a participação activa do cliente, assegurar que os serviços prestados ao cliente são ajustados e ter modelos de intervenção flexível) (Carmo, 1998:269,270).

Apesar desta abordagem ser muito centrada na capacitação e valorização dos recursos dos indivíduos ela apresenta alguns constrangimentos que podem influenciar a intervenção, nomeadamente:

1- Processo demasiado optimista no sentido em que actua como se todas as pessoas pudessem ter o mesmo grau de autonomia ou poder (razões físicas, psicológicas, estruturais podem ter implicações no grau de autonomia ou de poder de um indivíduo);

2- Não coloca a possibilidade de o *empowerment* ser uma condição para o *disempowerment* (ao desenvolver o processo de *empowerment* de um indivíduo posso estar a contribuir para o “corte de poder” de outro);

3- Híper-responsabilização do utente para a mudança (clientes que sofram de exclusão ou de marginalização tendem a apresentar um grau de motivação muito mais baixo, situação que piora quando os consumos de substâncias psicoactivas estão presentes);

4- Focalização no aumento das capacidades do cliente pode levar para segundo plano o trabalho de mudança das estruturas sociais (Carmo, 1998: 275).

Apesar de todas estes constrangimentos é necessário continuar a apostar numa intervenção centrada no indivíduo e nas suas necessidades, numa lógica de autonomização. A capacitação dos utentes permitirá intervenções mais eficazes, que contribuam para a concretização dos projectos de vida dos clientes e para evitar a necessidade de possíveis relações de ajuda entre profissional e cliente.

4.1- Descrição das Actividades Desenvolvidas

No que diz respeito às actividades desenvolvidas ao longo do estágio, elas foram bastantes diversificadas. Para melhor as descrever, apresentá-las-ei por áreas:

1- Actividades de ambientação ao local de estágio:

- Aquando do início do estágio houve um período de adaptação da minha parte ao funcionamento da instituição bem como dos técnicos, funcionários e utentes à minha presença. Foram-me inicialmente apresentados os diversos espaços e as suas funções: primeiramente foram-me apresentados os técnicos e os gabinetes de atendimento. Pude verificar que o Espaço Aberto ao Diálogo é constituído por 3 Psicólogos, 1 Assistente Social, 1 Sociólogo e 1 Terapeuta Ocupacional que desempenham diferentes funções na organização. Em relação aos técnicos, 1 psicólogo desempenha funções de coordenação da instituição e os restantes técnicos são gestores de caso; para além disto 1 dos psicólogos dá consultas de psicoterapia aos utentes que frequentam o EAD. Relativamente aos restantes funcionários existe 1 Administrativa, 1 Motorista e 1 auxiliar;
- De seguida foi-me apresentada a sala onde os utentes permaneciam durante o dia, que funcionava não só como refeitório mas também como local onde eram realizadas as reuniões de grupo todos os dias às 11h30. Nestas reuniões os utentes eram escalados para actividades de limpeza e preservação dos espaços comuns, bem como para a distribuição das refeições. Às quintas-feiras, eram também realizados os pedidos de roupa e produtos de higiene uma vez que tinham de ser solicitados ao armazém. Ainda nesta sala, os utentes tinham disponíveis computadores, televisão, livros, jornais entre outros jogos lúdicos;
- Ainda na sala acima mencionada, o EAD disponha de um pequeno espaço e de uma casa de banho equipada, com alguns produtos de higiene e roupa, para receber os utentes que não se encontravam a pernoitar em centros de alojamentos e que teriam maior dificuldade em proceder à sua higiene;
- Duas vezes por semana, à tarde, era realizada uma dinâmica de grupo com a Dr.^a Inês, a Psicóloga da Instituição. Este grupo tinha a duração de 1h, sendo no seu âmbito realizadas dinâmicas de grupo no sentido de trabalhar diversas questões relacionadas com a vida em sociedade.

Estas actividades que aconteciam no espaço, e que foram acima descritas foram actividades às quais assisti neste período de ambientação ao local de estágio.

- Numa fase posterior, comecei a participar nestas actividades de rotina com os utentes, nomeadamente no desenvolvimento de jogos lúdicos, a ajudá-los a utilizar ferramentas essenciais no computador para procura de emprego e elaboração de currículos, e também na participação de actividades de manutenção do espaço;
- Foi nesta fase de ambientação que o meu orientador de estágio, o Dr. Marco António, me indicou bibliografia que considerava imprescindível para quem trabalhava nesta área, desta forma procedi à leitura de livros que constavam na biblioteca da própria instituição e relatórios de estágios curriculares realizados noutros anos, em diversas áreas das ciências sociais; li também um documento que era realizado todos os anos – Relatório de Actividades - com a análise e avaliação do trabalho feito com os utentes, essencialmente ligado ao número de utentes atendidos, os acompanhamentos aos serviços, o tipo de problemática que apresentavam e que respostas tinham sido dadas;
- De seguida após conhecer o ambiente e fazer as leituras necessárias comecei a assistir a atendimentos sociais feitos pelos técnicos aos utentes que vinham pedir ajuda ao Espaço Aberto ao Diálogo. Após cada atendimento o técnico colocava-me a par da situação em que o utente se encontrava, caso não fosse o primeiro atendimento, e falávamos das possíveis respostas para aquele caso em específico. A ideia era eu ter conhecimento não só de como se realizavam os atendimentos sociais mas também perceber que serviços existiam na cidade de Lisboa e como estes podiam ser adaptados a cada caso;
- Para além disto participei numa Equipa de Rua (Volta A1 de quinta-feira, de duas em duas semanas) onde se distribuem as refeições aos utentes que pernoitam nas ruas da cidade de Lisboa. A volta que realizava fazia o seguinte percurso: Sede da CVP (Alvalade) - Igreja de São Brito – Aeroporto - Praça de Londres - Mercado do Chile - Igreja de Arroios - Jardim Constantino - Almirante Reis – Anjos - Martim Moniz - Praça da Figueira - Rossio. A realização desta actividade mantém-se até aos dias de hoje.

Estas foram as actividades que realizei no sentido da adaptação e integração na instituição.

2- Actividades desenvolvidas com os utentes:

- Após ter conhecimento do funcionamento da instituição foi-me dada autonomia para a realização de actividades, nomeadamente o grupo diário para a distribuição das tarefas diárias e dinâmica de grupos. Nos grupos diários era necessário que

todos os utentes que frequentavam o espaço estivessem presentes. A falta de algum membro dava direito à suspensão do almoço daquele dia. Após fazer a chamada dos membros do grupo realizava a escala para a distribuição de refeições (almoço e lanche) e das limpezas do espaço. Às quintas-feiras eram realizados os pedidos de roupa e produtos de higiene. Nesse dia ajudava os utentes no preenchimento dos requisitos;

- Em relação às dinâmicas de grupo estas eram previamente preparadas e supervisionadas pelo meu orientador de estágio da instituição, no sentido de se adequarem ao perfil das pessoas que no momento se encontravam ali a ser acompanhadas. As que foram realizadas prendiam-se com debates sobre notícias que na altura saíram sobre a criminalização da mendicidade e da pernoita de pessoas sem abrigo nas ruas em diversos países da Europa; sobre estudos ligados à toxicodependência, nomeadamente à legalização dos consumos de drogas, *smartshops*, e aos consumos de álcool. Outras dinâmicas que foram realizadas tiveram como recursos livros técnicos disponibilizados pela Psicóloga que realizava as dinâmicas de grupo;
- Outra actividade que comecei a realizar era recepcionar as cartas dos utentes, entregar aos que estavam a ser acompanhados no espaço e contactar aqueles que não se encontravam. Caso não houvesse forma de contactá-los ia ao processo para perceber para onde tinham sido encaminhados e aí contactava a instituição, isto caso o utente ainda permanecesse na resposta para a qual teria sido encaminhado, caso contrário, seria necessário devolver as cartas;
- Após perceber que a maioria dos utentes acabava por não realizar actividades para além daquelas que eram dirigidas pelos técnicos, sugeri que procedêssemos ao contacto com museus para visitarmos com os utentes. O contacto com os mesmos foi realizado por mim e por outra estagiária que se encontrava no local. Através destes contactos conseguimos levar os utentes ao Museu dos Coches, ao Mosteiro dos Jerónimos, ao Museu da Cidade e ao Museu do Combatente. Não foi possível visitar mais monumentos em Lisboa devido ou à falta de resposta pelas instituições, em marcar visitas, ou pelo cobrar de dinheiro pelas entradas.

3- Actividades relacionadas com a gestão de processos de utentes:

- Após todas estas actividades com os utentes o meu orientador começou por delegar-me algumas funções nos casos em que era ele o gestor do processo/caso,

nomeadamente situações em que o utente chegava e não tinha um local de pernoita. Nesta situação procedia ao contacto com instituições no sentido de conseguir uma que tivesse vaga para aquela noite. O contacto para a instituição dependia de várias situações, isto é, caso o utente estivesse há menos de 24h na rua em vez de ligar para a VITAE (Associação de Solidariedade e Desenvolvimento Internacional que alberga, em Lisboa, cerca de 270 pessoas), instituição com a qual o EAD trabalha em estreita articulação, ligaria para a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) tendo em conta que esta iria assegurar a pernoita num albergue com melhores condições e uma entrevista com uma Assistente Social na manhã seguinte; casos em que os utentes apareciam no Espaço e não tinham uma Assistente Social na SCML e queriam marcar um atendimento para pedir algum tipo de apoio (normalmente financeiro), marcava telefonicamente esse atendimento; casos em que o utente necessitava de pedir isenção de taxas moderadoras a nível da saúde fazia o preenchimento do formulário pela internet; assegurava também que o processo de cada utente estivesse completo, isto é, com a fotocópia de todos os documentos de identificação e outros que fossem importantes para o seu processo, e com as devidas folhas de diligências efectuadas; casos em que os utentes necessitavam de contactar serviços como a Segurança Social e as Finanças, via internet, para pedidos de documentação, era feito o acompanhamento desse processo com o utente; ligações para familiares e serviços; administração de medicação do HIV devidamente prescrita pelo médico, etc.. Para além disto foram realizados testes de despiste de drogas e álcool aos utentes antes destes ingressarem em Comunidades Terapêuticas (última diligência realizadas antes do encaminhamento).

4- Actividades ligadas a atendimentos sociais realizados de forma autónoma:

- Os atendimentos de triagem eram sempre realizados pela Psicóloga, a Dr.^a Inês Pinheiro. Após meses a assistir e a colaborar nos processos dos utentes, e em acordo com a Coordenação, foi-me possibilitado realizar atendimentos de triagem. Era neste 1º atendimento onde se dava início ao processo do utente e onde se percebiam se as necessidades do mesmo podiam ser supridas pela instituição ou não. Caso não fosse possível este era encaminhado para uma resposta adequada, mas caso preenchesse os requisitos de admissão passava o caso à Coordenadora do Espaço que designava qual seria o técnico gestor do processo;

- Tendo em conta que conhecia todos os utentes do espaço e a sua história de vida tornei-me no apoio dos técnicos, ou seja, caso algum técnico necessitasse de ajuda com os casos, ou algum estivesse de férias eu procedia à gestão desses casos, procedia ao contacto com os serviços que estavam envolvidos no processo do utente, nomeadamente SCML - Serviço de Emergência Social (SES), Segurança Social, IEFP, etc., ou seja, procedia às diligências necessárias para dar seguimento ao projecto de vida dos utentes.

5- Actividades ligadas aos encaminhamentos dos utentes:

- Como já foi referido era comum, desde os inícios do estágio, proceder ao encaminhamento dos utentes para locais de pernoita. Neste caso era analisada a situação em questão e de seguida ligava para a instituição para saber se havia vaga e se havia possibilidade de o utente ficar lá a pernoitar. De preferência tentava centros de acolhimento que não tivessem grandes exigências visto estarmos a falar de consumidores, maioritariamente, com dificuldades em lidar com regras. Em casos mais específicos, como pessoas com alguma deficiência ou idade avançada, tentava centros que suprissem essas necessidades, alguns equipamentos da SCML, por exemplo;
- Nos casos em que o utente só vinha à procura de um sítio para comer, e o EAD como não tem essa valência de apoio alimentar, o que fazia era tentar perceber se o utente tinha ou não Assistente Social na SCML. Caso tivesse contactava-a telefonicamente ou via e-mail no sentido de perceber se era possível a mesma inscrever o utente num refeitório com apoio da SCML ou encaminhá-lo para o Banco Alimentar de Lisboa. Caso por algum motivo ambas as opções não fossem possíveis tentaria contactar a AMI ou Centros Paroquiais (no caso do utente ter sítio de pernoita mas estar em situação de grande carência económica) no sentido de fazer uma marcação de atendimento social para banco alimentar;
- Nos casos em que o utente era apoiado pela SCML e necessitava de encontrar um quarto para pernoitar, o que fazia era, de acordo com o orçamento dado pela Assistente Social, ajudar o utente a procurar casa fazendo, inclusive, marcações de visitas (os utentes na maioria das vezes não dispunham de meios de procura de quartos). A ida era à responsabilidade dos mesmos;
- Nos casos em que encaminhava os utentes para instituições parceiras, estabelecia o contacto telefónico para efectuar a marcação de atendimento social. Na maioria das

vezes era necessário enviar previamente um relatório social sobre o utente à Assistente Social da instituição e nesse caso elaborava o mesmo e enviava atempadamente;

- Tive também a oportunidade de resolver situações em que os utentes se encontravam em situação irregular no país articulando com Inspectores do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), situações de contumácia onde foi necessária articulação não só com o Tribunal da divisão correcta, como também com a Polícia de Segurança Pública (PSP) no sentido de saber qual o número do processo.

6- Acompanhamento dos utentes aos serviços:

- Tendo em conta muitas vezes o estado em que se encontravam os utentes, devido ao consumo de substâncias psicoactivas, à idade ou a dificuldades de expressão do que necessitavam dos serviços, tive muitas vezes que acompanhá-los aos serviços no sentido de facilitar o contacto e o diálogo. Na maioria das vezes o objectivo era de mediar algum conflito que pudesse existir entre o utente e o serviço;
- Nos casos em que os utentes necessitavam de ser acompanhados aos serviços acompanhava-os, nomeadamente ao Serviço de Emergência Social (SES) da SCML, à Loja do Cidadão para obtenção de Cartão Cidadão, à Segurança Social, ao IEFP, etc.. Era feito o acompanhamento em todos os casos em que o utente necessitasse. Muitas vezes era necessário acompanhar utentes à farmácia para levantar receitas, ir com eles aos CTT, e mesmo ao banco para levantamento das reformas.

7- Reuniões de coordenação:

- Relativamente a reuniões participei em reuniões do GIPSA, (Grupo Interinstitucional das Equipas de Rua que Acompanham as Pessoas Sem Abrigo na Cidade de Lisboa) que são mensais, onde participam todas as instituições que apoiam pessoas sem abrigo na zona de Lisboa. Essencialmente é um grupo de partilha onde toda a rede de instituições com enfoque nas pessoas em situação de sem abrigo participa, nomeadamente Equipas de Ruas, Centros de acolhimento, instituições locais, o núcleo de apoios aos sem abrigo da Câmara Municipal de Lisboa (NASA); Para além destas participei no Grupo das Toxicodependências, também ele mensal, onde participam todas as instituições da cidade de Lisboa com intervenção na área da toxicodependência (Equipas de Rua, PSP, instituições, etc.). Nestas reuniões o que se fazia era partilhar informações sobre a problemática,

nomeadamente sobre estudos recentes, sobre novos projectos, novas medidas, etc.. Além disto, e como todas as instituições que trabalham no terreno acabam por estar em contacto com os mesmos utentes, o que se fazia era discutir casos, soluções e partilhar-se tipos de diligências que já foram tomadas ou que se vão tomar para aquele caso em específico.

- Para além destas reuniões, todas as terças-feiras, acompanhava o meu orientador até à VITAE para uma reunião onde todos os casos de utentes que eram comuns às duas instituições eram discutidos. Basicamente fazia-se um ponto de situação e era uma forma de não desperdiçar recursos.

8- Estudos institucionais:

- Procedi à análise de 30 questionários de indivíduos ex-reclusos que, após saírem de estabelecimentos prisionais, teriam ficado em situação de pessoa sem abrigo e contactado o EAD, com o objectivo de aprofundar a informação recolhida pelos técnicos;
- Como se sabe, as instituições têm de apresentar resultados para serem financiadas por concursos públicos, nomeadamente, neste caso, concursos da Câmara Municipal de Lisboa. Como tal, todos os meses o departamento do Núcleo de Apoio aos Sem Abrigo pedia que as diversas instituições enviassem uma base de dados de monitorização dos utentes acompanhados, onde tinha de constar código do nome do utente, idade, data de nascimento, nacionalidade, problemática a si associada, situação actual de pernoita e tipo de encaminhamento. Realizei esta base de dados nos últimos meses de estágio na Instituição;
- Por fim, outro estudo no qual participei foi um estudo de carácter institucional, realizado pela Dr.^a Inês Pinheiro, sobre que tipos de motivações tinham as pessoas que nos vinham pedir ajuda. Administrei a maioria dos inquéritos por questionário.

4.2- Discussão dos Resultados – análise crítica das actividades desenvolvidas

Tendo em conta que os principais objectivos do trabalho estão relacionados com o aprofundamento das temáticas que o enquadram e a aprendizagem das técnicas de intervenção, irei, neste capítulo, proceder à análise crítica das actividades realizadas em contexto de estágio, tendo em vista não só o enquadramento teórico a que me propus mas também a metodologia de intervenção aplicada no Espaço Aberto ao Diálogo.

1- Pesquisa documental:

Na realização deste estágio extracurricular iniciei a actividade com pesquisa documental no local e com a recomendação de material bibliográfico por parte do orientador de estágio. Como foi mencionado na descrição das actividades, a maioria dos documentos facultados eram institucionais, nomeadamente relatórios de actividades e de monitorização, relatórios de estágios curriculares e livros científicos. Esta actividade permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre as problemáticas associadas à condição sem abrigo e, inclusive do fenómeno das pessoas sem abrigo. Para além disso o conhecimento tornou-se bastante diversificado uma vez que não eram apenas livros científicos mas trabalhos práticos realizados por outros e ainda relatórios que incluíam dados sobre as pessoas que diariamente são acompanhadas pelo EAD (relatórios anuais).

2- Estudos institucionais:

Aquilo de que me apercebi durante a realização do estágio, e que a Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo e o Plano Cidade para a Pessoa Sem Abrigo – Lisboa refere, é que existem poucos estudos realizados sobre o fenómeno, o que significa pouco conhecimento da problemática. Só através do conhecimento é possível melhorar a intervenção. Esta é uma das principais directrizes destas políticas.

Existem serviços, como Centros de Saúde, Lojas do Cidadão, entre outros, que desconhecem ou não se preocupam ainda suficientemente com o que é estar sem abrigo. Continua a existir a ideia de que está sem abrigo quem quer, por ser esse um modo de vida necessariamente associado à mendicidade e ao consumo de drogas. Subsiste a discriminação e a rotulagem para com estes indivíduos.

O perfil da pessoa sem abrigo tem vindo a alterar-se e existe a necessidade de alertar a sociedade para esta questão. Muitas pessoas deixaram de conseguir ter acesso a recursos financeiros, devido a situações de desemprego provocadas pela crise económica,

impossibilitando-se assim o pagamento da habitação e a satisfação das suas necessidades mais básicas. Isto, por sua vez, origina situações de exclusão social como o estar sem abrigo.

Tendo em conta este desconhecimento provocado pela falta de informação e de estudos científicos, a Câmara Municipal de Lisboa, em articulação com a Estratégia Nacional e o Plano Cidade, pediu às instituições que trabalham nesta área o preenchimento de uma ficha de monitorização dos utentes com o objectivo de devolver aos diversos serviços, e à população, dados sobre a evolução desta problemática, ou seja, o que se pretendia era aprofundar e aumentar o conhecimento sobre a problemática das pessoas sem abrigo não só a benefício da sociedade mas também dos profissionais. O EAD, como instituição direccionada para estas questões, realizava essa base de dados, no entanto não se verificava a utilização interna desses dados.

Outra das actividades realizadas no EAD foi a participação num estudo de âmbito institucional, relacionado com as motivações das pessoas que pediam ajuda à instituição. Durante o período de estágio este foi o único estudo realizado, para além do relatório de actividades anual, relatório esse que, aliás, apenas surgiu no seguimento da realização de um estágio profissional. Com isto o que se pode depreender é que a instituição investe pouco na realização de estudos apoiando-se muito nos relatórios de estagiários principalmente nos curriculares. Este pouco investimento na realização de estudos pode estar ligado, de alguma forma, ao facto de os utentes não se fixarem durante muito tempo no EAD ou porque são encaminhados para outras respostas, ou porque não regressam à instituição.

Para além da necessidade de se produzir conhecimento nestas áreas, e para de alguma forma combater a discriminação e o preconceito que advém deste desconhecimento, uma intervenção com enfoque no *empowerment* talvez fosse o indicado. Potenciava-se a capacitação individual sempre com o objectivo de chegar a um todo, ou seja, que se pretende é através da união dos membros de uma população ultrapassar uma situação de dominação e discriminação em conjunto. “Numa visão de relacionamentos sinérgicos, o que se pretende são relacionamentos onde é possível potenciar resultados obtidos individualmente” (Pinto, 1998 apud Carmo, 1998:268, 269). Para além do *empowerment* o Modelo Integrado de Intervenção prevê a intervenção do interventor social, como mediador junto das famílias e da comunidade, actuando ao nível da reinserção social, do combate à discriminação, preconceito e rotulagem, etc..

3- Atendimentos sociais:

Depois de analisar as actividades relacionadas com a aprendizagem teórica das problemáticas envolvidas no fenómeno das pessoas em condição de sem abrigo é essencial analisar e reflectir sobre uma das principais razões que me levou à realização deste estágio: a componente prática da intervenção, isto é, a aprendizagem das metodologias de intervenção.

Inicialmente comecei por assistir a atendimentos no sentido de observar técnicas e formas de intervir, tendo sempre em conta que cada caso é um caso, e que se uma resposta é adequada para um indivíduo não significa que para outro o seja. A ideia de assistir aos atendimentos estava relacionada com a identificação das principais necessidades que levavam a pessoa a vir pedir ajuda, tendo sempre presente que muitas vezes necessitamos de vários atendimentos até conseguirmos fazer o levantamento de todas as problemáticas. De acordo com o modelo de intervenção adoptado pelo EAD, o Modelo de Intervenção Psicossocial, “na generalidade dos casos em que trabalha a intervenção psicossocial, a situação problemática ainda que centrada num problema identificado como prioritário, corresponde a uma constelação de problemas e dificuldades e não a um problema único” (Silva, 2001:33), situação esta que jamais seria possível de ser alcançada apenas num atendimento de triagem.

Para além da identificação das necessidades, a observação dos atendimentos tinha como objectivo fazer-me conhecer os recursos disponíveis no território, as suas funcionalidades e familiarizar-me com determinados procedimentos de encaminhamento não só internos mas também externos (como a realização de relatórios sociais). Este conhecimento tinha como fim último poder, nos atendimentos realizados de forma autónoma, informar e encaminhar os utentes para respostas adequadas.

O atendimento de triagem corresponde ao momento do levantamento de informações que vão constituir o diagnóstico, no entanto o que se verificou foi que a maioria dos técnicos procedia ao preenchimento de uma folha de processo com algumas questões sociodemográficas, de percurso biográfico e de consumos que dificilmente podiam sustentar um diagnóstico, apesar dos esforços dos técnicos no contacto com as instituições que já tinham informações sociais acerca dos utentes. Este diagnóstico pobre e precoce iria condicionar um tratamento que por sua vez iria tornar a avaliação dos casos desajustada. Seria necessário pensar numa reestruturação deste diagnóstico social e elaborar material de suporte técnico mais coeso que de alguma forma permitisse não só facilitar o trabalho técnico mas também alcançar o maior número de informação sobre os utentes. Para além disto, a organização dos processos e das

informações sociais deveria ser realizada de forma mais regular no sentido de não se perder informação sobre os utentes.

Outra situação que de alguma forma pode estar a condicionar a adequação das respostas às necessidades é o facto de, no primeiro atendimento, alguns técnicos apontarem de imediato respostas de encaminhamento sem antes analisarem todas aquelas que estão disponíveis no território. É de conhecimento, e o enquadramento teórico assim o comprova, que os consumos andam de “mãos dadas” com as pessoas que estão em situação de sem abrigo, e como foi possível verificar, aquando da apresentação da instituição, a Comunidade Vida e Paz apresenta um conjunto de estruturas de tratamento de consumos a que os técnicos normalmente dão preferência na altura de encaminhar os utentes. Um utente que venha pedir ajuda para iniciar tratamento numa comunidade terapêutica dificilmente será encaminhado para fora das estruturas desta instituição a não ser que de imediato este refira a sua preferência. No entanto este condicionamento das respostas e da não apresentação de todos os recursos ao utente apenas se manifestou nestas situações, levando-me a crer que isto está relacionado com interesses institucionais. Sendo assim, várias questões podem ser levantadas: Até que ponto não estão, alguns técnicos, a barrar o acesso a recursos mais indicados ao cliente (recursos ligados às questões dos consumos)? Ou então, até que ponto não se pensa no utente como um número que contribui para o aumento da frequência das comunidades terapêuticas da instituição? Torna-se difícil exigir do utente um envolvimento no seu processo de mudança quando há falhas de focagem na verdadeira essência e definição de interventor social (de acordo com o modelo psicossocial), isto é, quando não se dá conhecimento dos recursos disponíveis e indicados para suprimir as necessidades apresentadas. Para além disto, a nossa análise considera que outros princípios do modelo de intervenção não estão a ser cumpridos na totalidade, nomeadamente pela fase de diagnóstico apressada e pela falta de auscultação do utente na análise do seu problema. Apesar disto, é de ressaltar que estas falhas não nos parecem generalizadas a todos os técnicos, embora, julgamos, existam métodos que necessitam de ser repensados no âmbito de um contexto que assume o modelo referido como o orientador da intervenção.

Apesar destes constrangimentos existe a prática de tentar motivar e capacitar os utentes até o encaminhamento estar concluído. O objectivo é perante uma situação de *stress* ou frustração os utentes não retomarem os consumos ou voltarem a estar sobre condições tão graves de exclusão social, como é estar em condição de pessoa sem abrigo.

A intervenção desta instituição visa de alguma forma criar um conjunto de ferramentas de resistência à frustração e de combate à desmotivação e descrença em relação aos projectos de

vida. Desta forma o papel do técnico será o de “tentar persuadir a pessoa a vencer essa atitude e a empenhar-se numa tentativa de resolução dos seus problemas” (Silva, 2001:30). Para isto, e numa lógica de capacitação e de *empowerment*, o técnico numa primeira fase da relação de ajuda assume o papel de suporte e treinador das competências do cliente que, muitas das vezes devido aos consumos, deixam de ser potenciadas e acabam esquecidas. O objectivo último desta intervenção é o de o cliente vir a ser capaz de se representar como garante dos seus próprios direitos. No entanto, e não havendo essa capacidade, o técnico assume essa valência mas com vista à autonomização do cliente. Isto porque quando falamos de ajuda é necessário ter em conta que o objectivo não é o de nos fazermos substituir ao sistema-cliente, isto é, a ideia é o interventor funcionar como um recurso para o mesmo, no sentido de promover o desenvolvimento pessoal e social do cliente, de uma forma mais autónoma (Carmo et al., 2014:73). Em suma, o que o interventor social pretende é mobilizar recursos por forma a satisfazer as necessidades do cliente. No entanto isto não deve ser realizado numa óptica assistencialista mas antes numa lógica de responsabilização e das garantias dos direitos. “É necessário trabalhar com o cliente no sentido de levá-lo a (re)descobrir a sua capacidade de expressão e de criação/ descrição da realidade, pois é ele mesmo o seu maior recurso” (Pinto, 1998 apud Carmo, 1998:266). Desta forma o trabalhador social deve olhar para o cliente como um recurso, tendo ele capacidades, e como agente de mudança (Pinto, 1998 apud Carmo, 1998:266).

Uma das actividades que tinha em vista a capacitação e a autonomia dos utentes eram os acompanhamentos dos utentes aos serviços. Mas de que forma é que isto era proporcionado aos utentes? Antes mesmo do acompanhamento ao serviço, era levantada uma necessidade, por exemplo carência económica, que implicava alinhar as opções e de seguida apresentar a proposta ao utente. Por motivos de ordem múltipla, como o desconhecimento do local ou mesmo situações de consumos de substâncias psicoactivas, que se tornavam numa barreira ao atendimento, era feito o acompanhamento do utente ao local. Desta forma o cliente era posto em contacto com o serviço e numa próxima situação de renovação do pedido, à partida, não necessitaria de voltar a ser acompanhado. Neste sentido, o interventor, como mediador ou como facilitador, possibilita uma ponte entre o cliente e o serviço, no sentido de adequar, consciencializar e de evitar tratamentos desajustados em relação à especificidade da situação do utente. A presença do técnico surge então como desbloqueadora de situações e facilitadora da comunicação. Esta ideia de desbloquear encontrava-se muito presente nos contactos realizados com as diversas instituições/ serviços que se encontravam envolvidas no projecto de

vida do utente ou que se considerava que deveriam estar implicadas. Para além disto muitas vezes, estes contactos, surgiam no sentido de evitar a duplicação dos recursos que nesta área, como se sabe, não são abundantes.

Este tipo de intervenção era realizada e focada apenas por alguns técnicos nos diversos atendimentos realizados entre o momento da triagem e o de encaminhamento. Por *Empowerment* entenda-se o processo de aumentar o poder numa lógica da intervenção psicossocial, ou seja, da utilização de todos os recursos existentes, da sua utilização de forma criativa e adequada às situações, tendo em vista a modificação da atitude do cliente face a essas potencialidades. Isto é tentar aumentar o poder da pessoa, ou seja, proporciona-lhe o dito “empoderamento” (Silva, L, 2001:29). Agora esta capacitação não pode ser vista como total quando numa situação de encaminhamento para tratamento de consumos não se utilizam todos os recursos nem se adaptam as respostas aos diversos perfis dos utentes, isto porque a instituição tem comunidades direccionadas para esse fim. Por outro lado, esta situação de capacitação muitas vezes pode ficar suspensa quando o processo do utente é resolvido num curto espaço de tempo. Por último, e após o encaminhamento para a resposta estar concluído, é necessário avaliar os resultados da intervenção e desta forma cessar a relação de ajuda com o utente (Núncio, 2010:130).

4- Dinâmicas de grupo:

Outra actividade de intervenção realizada no EAD prendia-se com as dinâmicas de grupo realizadas todos os dias no grupo da manhã e nos grupos semanais, dinamizadas pela psicóloga da instituição. No grupo realizado de manhã, além da distribuição das tarefas diárias e dos preenchimentos dos formulários da roupa, o técnico, em cerca de meia hora a 45 minutos, tentava perceber em que pé se encontrava o estado do processo de cada utente e realizava pequenas actividades, de temas diversos, com o objectivo de levar o grupo a relacionar-se.

Relativamente ao grupo realizado pela psicóloga, este tinha a duração de 1h, normalmente às terças-feiras, sem qualquer selecção dos elementos e sem qualquer obrigatoriedade. Esta conduzia a actividade tentando de alguma forma cruzá-la sempre com as temáticas e problemáticas das pessoas sem abrigo, numa lógica de incentivo à reflexão colectiva sobre as mesmas. Consideramos, contudo, existir a necessidade de questionar estas actividades desde logo porque os técnicos as denominam de intervenção com grupos, referindo-se assim a elas, parece-nos, de modo desajustado ao seu efectivo contorno.

Tendo em conta os pressupostos da intervenção social com grupos, aquilo que se verifica é que não estamos perante nenhuma dinâmica de grupo enquanto metodologia de intervenção. Aquilo que percebi e senti quando dinamizava estes grupos, com material previamente elaborado e estudado juntamente com o orientador, é que, num ambiente onde estão presentes pessoas com consumos de substâncias psicoactivas, que são difíceis de educar para a regra, instáveis a nível psicológico e emocional, e com graus de motivação muito baixos, dificilmente poderão intitular-se estas actividades de dinâmica de grupo, e dificilmente se irá conseguir alterar a sua vertente.

À luz da intervenção social com grupos não estamos perante uma dinâmica porque apesar de estarem garantidos alguns princípios como o facilitar das interações entre os membros, o ser interlocutor, o estabelecer regras, etc., falta o essencial, uma vez que falamos de uma intervenção com técnicas de recolha de informação muito específicas, com planeamentos e calendarizações, e onde é fundamental a participação dos membros do grupo no processo, situação esta que não se verifica nestes grupos do EAD.

O primeiro passo para adequar a realidade destas reuniões ao pretendido prende-se com a recolha da informação por meio de um diagnóstico dos principais problemas que afectam o grupo, e das suas causas, com o objectivo de recolher pistas para delinear uma estratégia de intervenção. De imediato é possível perceber que o primeiro constrangimento ao alcance deste objectivo relaciona-se com a rotatividade das pessoas que frequentam o EAD, rotatividade essa que, se não impossibilita, ao menos limita grandemente, desde logo, a consecução desse diagnóstico. Desta forma jamais seria possível identificar os membros constituintes do grupo e as relações que mantinham entre eles. Relativamente à identificação das necessidades elas são, na maioria das vezes, identificadas a nível individual, numa lógica profissional-cliente, e não nestas actividades, para além de não ser utilizado nenhum tipo de documento de registo das sessões que mais tarde possibilitassem proceder à avaliação das actividades desenvolvidas.

O que se verificou é que as informações partilhadas em equipa nas reuniões de supervisão eram vistas como suficientes para conhecer os membros do grupo, deixando de lado a hipótese da construção de um diagnóstico. Considero, no entanto, que tal disseminação da informação não é suficiente, não só pela questão da rotatividade mas também pelo número avultado de pessoas que costuma procurar as instalações diariamente.

Até que ponto uma intervenção social com grupos é possível perante uma rotatividade tão grande de indivíduos? Esta deveria ser uma das questões que os técnicos do EAD se deveriam colocar. Sugerimos que a actividade devia ser redefinida, deixando de ser apresentada como

uma intervenção, ou seja, que seria eventualmente mais correcto e útil defini-la como um fórum onde se tocam temas relacionados com as problemáticas em foco e onde surgem alguns pensamentos mais profundos sobre as questões, mas integrado noutra tipologia, que não a de intervenção.

5- Reuniões institucionais:

Relativamente à minha participação e à dos técnicos nas reuniões interdisciplinares foi possível verificar que a maioria relacionava-se com a partilha de informação sobre novos estudos, procedimentos relacionados com a prática da profissão e partilha de informação sobre os próprios utentes.

Relativamente à reunião direccionada para a intervenção do GIPSA (Grupo Interinstitucional das Equipas de Rua que Acompanham as Pessoas Sem Abrigo na Cidade de Lisboa) ela era realizada mensalmente no sentido de responder ao Plano Cidade para a Pessoa Sem Abrigo, delineando algumas estratégias de intervenção. Neste grupo, e numa lógica de que o interventor social deve ter conhecimento dos recursos disponíveis, no sentido de melhor responder às necessidades do cliente, eram partilhadas informações sobre o que era criado no território, políticas, novas estratégias, novos serviços, etc.. Nestas reuniões do GIPSA, das Toxicodependências e/ou com os diversos parceiros do território, muitas vezes, e para além da partilha dos procedimentos, o que se pretendia era a localização de utentes. Uma das dificuldades com que me deparei, e que os técnicos referiam imensas vezes, é a facilidade com que se perde o rasto a estas pessoas. Mesmo tendo 4 Equipas de Rua a sair diariamente, com 4 percursos distintos, e ainda em contacto constante com as diferentes entidades que actuam directamente com as pessoas sem abrigo continua a ser difícil manter o contacto, situação que muitas vezes inviabiliza a intervenção com o próprio cliente no sentido de não ser possível manter uma relação suficientemente longa que permita capacitá-lo, isto é, “empoderá-lo” numa óptica de este se responsabilizar por si. Acabamos por estar quase sempre a trabalhar na linha da satisfação das necessidades mais básicas – dimensão assistencialista da intervenção – não conseguindo trabalhar as outras questões mais amplas.

Para além destes constrangimentos, outro é a periodicidade com que são realizadas estas reuniões. Até que ponto é possível delinear acções eficazes, com enfoque no trabalho em rede, se estas ocorrem apenas 1 vez por mês e quando existe uma grande rotatividade dos técnicos representantes das várias instituições? Este grupo foi criado no sentido de desenhar linhas de acção baseadas nas políticas de intervenção, até que se constituísse o Núcleo de Planeamento e

Intervenção Sem-Abrigo, previsto na Estratégia Nacional. No entanto, aquilo que verifiquei, é que dificilmente se irá concretizar este núcleo se as instituições continuarem a trabalhar sobre “falsos” trabalhos em rede. Isto é confirmado quando técnicos, nomeadamente os do EAD, têm de marcar reuniões semanais com parceiros que se encontram representados no GIPSA. Isto por sua vez terá implicações na intervenção e na capacitação dos utentes.

6- Estudo Empírico:

Existia no Espaço Aberto ao Diálogo um questionário que correspondia ao diagnóstico social realizado pelos técnicos, mas cujos resultados do preenchimento nunca tinham sido apurados na íntegra. Na maioria das vezes apenas se contabilizavam as perguntas de resposta fechada na altura da realização da ficha de monitorização ou do relatório de actividades anual.

Este questionário tinha muitas lacunas ao nível da elaboração. No entanto, considerei que, e essencialmente nas questões de pergunta aberta, existiam algumas informações que poderiam ser exploradas, como por exemplo, os motivos que levam o ex-recluso à situação de pessoa sem abrigo, o tipo de drogas que os utentes consumiam, se existia contactos ou não com a rede de suporte, etc.. Para além disto existiam informações que poderiam ser úteis para a intervenção social com esta população e que não estavam a ser analisadas.

Tendo em conta a minha formação e o interesse nas áreas da criminologia e do comportamento desviante procedi à análise de 30 questionários de indivíduos ex-reclusos que, após saírem de estabelecimentos prisionais, teriam ficado em situação de pessoa sem abrigo e contactado o EAD. Este número tão reduzido prende-se com o facto de não terem contactado a instituição mais pessoas com esta questão associada, durante o período de estágio.

Tendo em conta que a dimensão amostral foi muito reduzida poucas informações se conseguiram retirar nesta análise, contudo foi possível verificar que todos os inquiridos eram homens, não fosse o género masculino o público-alvo da Comunidade Vida e Paz (não se aceitam nas comunidades terapêuticas mulheres), e com média de idades de 39 anos, sendo que 53,3% dos inquiridos tinham idades até aos 40 anos e 46,7% tinham idades de 40 ou mais anos (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 Média de Idades

N	Valid	30
	Missing	8
Mean		38,58

Tabela 2- Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
até 40	16	42,1	53,3	53,3
Valid 40 e mais anos	14	36,8	46,7	100,0
Total	30	78,9	100,0	
Missing System	8	21,1		
Total	38	100,0		

A maioria dos indivíduos eram solteiros, 83,3%, e os motivos que os levavam a estar nesta condição eram de ordens várias. Na altura do preenchimento do inquérito foi maioritariamente a toxicodependência, com 41,3% (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3- Estado Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Solteiro	25	65,8	83,3	83,3
Casado	1	2,6	3,3	86,7
Dicorciado	3	7,9	10,0	96,7
Viúvo	1	2,6	3,3	100,0
Total	30	78,9	100,0	
Missing System	8	21,1		
Total	38	100,0		

Tabela 4- Motivos

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Motivos	Toxicodependência	19	41,3%	63,3%
	Alcoolismo	7	15,2%	23,3%
	PSA	2	4,3%	6,7%
	Reclusão	6	13,0%	20,0%
	Desemprego	6	13,0%	20,0%
	Desestruturação familiar	4	8,7%	13,3%
	Deportação	2	4,3%	6,7%
	Total	46	100,0%	153,3%

No que diz respeito à problemática associada a cada um dos indivíduos inquiridos podemos verificar que 41,3% tem a reclusão a si associada e 33,3% é toxicodependente (Tabela 5).

Tabela 5- Problemáticas

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Problemática	Toxicodependência	21	33,3%	70,0%
	Alcoolismo	6	9,5%	20,0%
	PSA	6	9,5%	20,0%
	Reclusão	26	41,3%	86,7%
	Desemprego	4	6,3%	13,3%
	Total	63	100,0%	210,0%

No que diz respeito à caracterização do percurso biográfico temos duas variáveis que importam analisar, são elas a variável drogas e a outros. Relativamente ao percurso do consumo sabemos que 38,9% é consumidor de drogas, que 13,0% consome Haxixe, que 7,4% consome álcool, e, ainda com relevância, que 24,1% diz já ter frequentado alguma Comunidade Terapêutica (Tabela 6).

Tabela 6- Drogas

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Drogas	Consumo de Drogas	21	38,9%	77,8%
	Consumo de Haxixe	7	13,0%	25,9%
	Consumo de Cocaína	2	3,7%	7,4%
	Consumo de Heroína	2	3,7%	7,4%
	Consumo de Álcool	4	7,4%	14,8%
	Tráfico de Droga	3	5,6%	11,1%
	Reabilitação/Comunidade Terapêutica	13	24,1%	48,1%
	Outros	2	3,7%	7,4%
Total		54	100,0%	200,0%

Outras características comuns no percurso biográfico destes indivíduos são as rupturas familiares e a falta de apoio por estes prestados. Cerca de 26,7% dos inquiridos mencionou esta situação e 20,0% referiu a questão da reclusão (Tabela 7).

Tabela 7- Outros

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Outros	Deportação/Exílio Político/Emigração	7	11,7%	28,0%
	Problemas Legais	5	8,3%	20,0%
	Reclusão	12	20,0%	48,0%
	Histórico de Agressões/Comportamento Abusivo	7	11,7%	28,0%
	Ruptura Familiar/Falta de apoio	16	26,7%	64,0%
	Institucionalização	4	6,7%	16,0%
	Delinquência Juvenil	5	8,3%	20,0%
	Desemprego	2	3,3%	8,0%
	Outros	2	3,3%	8,0%
	Total	60	100,0%	240,0%

Por fim, foi importante perceber se o contacto com os familiares corrobora aquilo que o enquadramento teórico nos indica, que a maioria dos consumidores não tem contacto com a sua rede de suporte. Desta forma, foi possível verificar que 60,0% dos inquiridos mantém contacto, e comparando com a tabela outros (acima representada), percebemos que apesar de a maioria manter contacto com os familiares existe alguma falta de apoio por parte dos mesmos (26,7% dos inquiridos referiu essa falta de apoio) (Tabela 8).

Tabela 8- Contacto com familiares

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tem contacto	12	31,6	40,0	40,0
	Não tem contacto	18	47,4	60,0	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

Ao longo do tratamento dos dados foi possível verificar e confirmar que existe uma necessidade urgente de reformular este instrumento, ou pelo menos, introduzir nele toda a informação, isto é, preenchê-lo na sua totalidade para que de alguma forma se consiga, através da realização de estudos mais coesos, medir o impacto da intervenção junto desta população. Dificilmente se consegue recuperar a informação que é pedida ao utente no 1º atendimento de triagem, isto porque ninguém nos garante que o utente vá ter capacidade ou vontade de regressar, e desta forma dar continuidade ao processo de ajuda. É de sugerir ainda que a aplicação de entrevistas seria uma mais-valia no aprofundamento não só do conhecimento mas também da história de vida destes indivíduos.

Relativamente ao cruzamento e à análise das variáveis são possíveis de ser verificáveis no Anexo 2 (Apresentação dos resultados da análise do questionário), no entanto é de salientar que estes resultados não foram muito significativos devido ao n ter uma dimensão reduzida. Situação esta que impossibilitou a generalização dos resultados.

5- Conclusões

A realização deste estágio contribuiu para o aprofundamento teórico das diversas problemáticas associadas à temática das pessoas sem abrigo, para a prática e análise da intervenção propriamente dita desenvolvida junto desta camada da população e para o conhecimento e a reflexão crítica acerca das políticas nacionais e locais direccionadas para esta faixa da população.

O estágio no Espaço Aberto ao Diálogo revelou-se bastante importante para a concepção teórica deste trabalho ao permitir o acesso a material facultado pelos técnicos da instituição e ao proporcionar o aprofundamento dos saberes adquiridos em contexto de Licenciatura, nomeadamente ao nível da metodologia e dos instrumentos de análise estatística no âmbito da análise do questionário da instituição aplicado aos sem abrigo atendidos. Este estágio foi ainda fundamental pela prática de intervenção adquirida em contexto de atendimentos sociais e dinâmicas de grupo que facilitou, e pelo estabelecimento de contactos com a rede de parceiros e envolvimento em contexto de equipa. Proporcionou também a mais-valia do trabalho no terreno, directamente com as pessoas sem abrigo que diariamente são acompanhadas pelas Equipas de Rua da Comunidade Vida e Paz, e que, posteriormente, procuram ajuda junto do Espaço Aberto ao Diálogo. Desta forma foi possível um maior acompanhamento do percurso de cada utente dentro da Instituição, e dos próprios procedimentos a ser executados para a concretização da reinserção social.

Uma análise crítica da intervenção da instituição junto da sua população-alvo leva a relevar as enormes mais-valias da sua acção, mas também a apontar algumas áreas de potencial melhoria e de incrementada racionalização de recursos. De facto, considero que a Comunidade desperdiça alguns dos seus recursos nomeadamente na falta de aprofundamento dos diagnósticos sociais dos utentes. Tendo a possibilidade de contactá-los desde a rua até à situação de reabilitação deveria haver um investimento maior no sentido de aprofundá-los e desta forma adequar a sua própria intervenção. Outro constrangimento prende-se com o facto de algumas metodologias não estarem a ser bem aplicadas nomeadamente a intervenção social que é feita com os grupos e o pouco investimento que é feito por parte da Instituição em estudos científicos e na avaliação da sua intervenção junto dos utentes. Perante as mudanças significativas do perfil da pessoa sem abrigo, a instituição apenas participa em estudos que são realizados pelos estagiários curriculares ou profissionais. Já não estamos apenas perante pessoas com problemáticas de doenças mentais ou de consumos de substâncias psicoactivas. Neste

momento, falamos de pessoas que, devido à perda do emprego, à crise económica, viram-se confrontadas com a rua. Desta forma, dificilmente, sem uma base científica capaz de auxiliar à compreensão e orientar na intervenção exigida no novo contexto da problemática, a instituição conseguirá uma acção que maximiza os resultados.

Outra necessidade para uma melhor intervenção junto das pessoas sem abrigo é a de melhorar o trabalho em rede. Aquilo que se verifica (e o desenvolvimento do estágio assim o espelhou), é que fala-se no trabalho em rede, tenta-se de alguma forma articulá-lo criando grupos interdisciplinares (como o GIPSA e do Grupo das Toxicodependências), mas falha-se na capacidade de os fazer funcionar na sua totalidade. Como é que uma rede de trabalho que se reúne uma vez por mês pode conseguir aplicar as estratégias previstas a nível local, articular e planear acções, partilhar experiências e conhecimentos, falar de casos e processos de utentes, etc.? O contacto com os parceiros/ rede deve ser realizado de forma regular no sentido de rentabilizar recursos e de adequar respostas. Este ponto toca noutro que diz respeito ao *feedback* e ao *follow-up* dos casos que se revela insuficiente: tenta-se responder às necessidades do utente encaminhando-se, mas depois não existe a prática de perceber se o encaminhamento foi ou não adequado, ou seja, aliada à ideia de planificar e articular esforços deverá estar a necessidade de avaliação dos resultados do trabalho propriamente dito, e isto sucede de forma demasiado esparsa e assistemática. Aquilo que pude verificar é que os técnicos raramente se perguntam se aquilo que está a ser feito está a ter impactos positivos ou negativos, quando deveria sentir-se a necessidade de analisar/ avaliar o trabalho realizado e de dar-lhe seguimento inquirindo junto dos utentes acerca do impacto que as intervenções têm junto deles.

Tendo em conta que esta instituição trabalha na aplicação das estratégias das pessoas sem abrigo, nomeadamente fazendo parte integrante do Plano Cidade para as Pessoas Sem Abrigo, e na aplicação de directrizes das políticas das drogas, é possível apontar alguns constrangimentos e apontar algumas sugestões para possíveis modificações de intervenção. De facto, verificou-se que muitas das políticas previstas para o fenómeno das pessoas sem abrigo e das problemáticas a elas associadas, continuam muito aquém do esperado, nomeadamente a participação dos próprios na construção dessas mesmas políticas. A Estratégia Nacional de Luta contra a Droga prevê a introdução dos utentes e das suas apreciações no delinear de estratégias, no entanto, isto continua sem se verificar. De que forma seria possível incluí-los? Esta deveria ser a pergunta que as instituições locais, como a Comunidade Vida e Paz – Espaço Aberto ao Diálogo, se deveriam fazer. Fala-se desta estratégia de intervenção mas não se delineiam acções concretas. Desta forma considero que a auscultação dos próprios, em políticas direccionadas

para os seus problemas, seria muito mais eficaz que a elaboração e actuação de políticas delineadas à sua revelia, na medida em que as políticas se tornariam muito mais dificilmente desfasadas da realidade global e particular do fenómeno. Deveria haver um maior investimento político no sentido de se concretizar este princípio e de se fomentar um diálogo mais permanente entre o Estado e os cidadãos. Para isso precisamos que as associações que trabalham na relação de ajuda façam chegar a voz dos utentes ao governo. Grupos interinstitucionais poderiam ser constituídos por exemplo, por utentes ex-sem abrigo ou ex-toxicodependentes.

Outra das conclusões a que se pode chegar é que existe uma necessidade de pensar em respostas de alojamento mais eficazes, não só a nível do alojamento de emergência mas também de habitação. Uma política que está prevista para uma situação temporária de alojamento (Centro de Acolhimento) acaba por se prolongar no tempo verificando-se estadias de longa duração em estruturas destinadas a estadias de curto termo. Não há rotatividade suficiente e, logo, capacidade de dar melhor resposta a casos urgentes, porque alguns utentes acabam por ficar por tempos indeterminados nos Centros, muitas vezes devido à falta de saídas profissionais e de respostas de reinserção adequadas no território em causa. Pode-se concluir que não ter rendimentos leva a não ter habitação, e que sem habitação dificilmente se tem um emprego. Isto indica a necessidade de se criar políticas a nível do emprego e do alojamento, integradas. Dever-se-ia apostar em cursos profissionais voltados para as diversas necessidades do mercado de trabalho como é o caso das estruturas da Comunidade Vida e Paz com as diferentes ofertas formativas e oficinas que disponibilizam, para uma reinserção mais eficaz, aos utentes que acompanham (exemplos: sapateiros, costureiros, marceneiros, electricistas, canalizadores são profissões/ serviços que estão a desaparecer e para as quais continua a existir oferta de trabalho). Relativamente à habitação surge a necessidade de se apostar em políticas que dêem prioridade aos solteiros e não só a famílias carenciadas e as pessoas mais idosas, por exemplo, através da reabilitação de casas e prédios abandonados em Lisboa para pernoita de pessoas sem abrigo, onde um técnico responsável pelo alojamento dê apoio permanente juntamente com as diferentes instituições envolvidas no projecto de vida do utente, tendo sempre em vista a sua autonomização.

Sabemos que não é possível erradicar todos os prolemas sociais, no entanto existe uma necessidade constante de nos perguntarmos se estamos a intervir de forma correcta, se as políticas em vigor são ou não são adequadas e o que é que nós técnicos podemos fazer para melhorar a nossa intervenção.

Por fim, o trabalho que desenvolvi no Espaço Aberto ao Diálogo foi realizado sempre tendo em vista a minha autonomia, possibilitando-me uma acção com grau elevado de independência e assunção de responsabilidade individual, o que tornou esta experiência ainda mais importante para o meu crescimento enquanto profissional e enquanto parte constituinte de uma sociedade. Este estágio revelou-se fundamental para a minha intervenção, numa fase posterior, aquando da realização de um estágio profissional numa Equipa de Rua, através da aplicação da política de Redução de Riscos e Minimização de Danos. Isto porque me proporcionou obter uma bagagem não só de conhecimento teórico e prático mas também de recursos, necessidades e de estratégias de intervenção que pude aplicar durante a intervenção nesta Equipa.

Bibliografia

Agra, C. (2008). *Entre Droga e Crime. Actores, Espaços, Trajectórias*. Cruz Quebrada: Casa das Letras.

AMI. (s.d.). “O que é um Sem-Abrigo”. Fundação AMI. Acedido em 2 de Julho, 2013 em: <http://www.ami.org.pt/default.asp?id=p1p211p215p340p281&l=1>.

Araújo, O. (2008). “Atitude dos Adolescentes Face à Toxicodependência: Estudo de Caso da Escola Secundária Baltazar Lopes da Silva”. Cabo Verde: Universidade Jean Piaget de Cabo Verde. Acedido em 2 de Julho, 2013 em: <http://bdigital.unipiaget.cv:8080/dspace/handle/10964/121>.

Balsa, C., Vital, C., Pascueiro, L. (2011). “O Consumo de bebidas alcoólicas em Portugal. Prevalências e padrões de consumo, 2001-2007”. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Acedido em 2 de Julho, 2013 em: http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/monografia/OconsumoDeBebidasAlcoolicasEmPortugal2001_2007.pdf.

Barata, O. (1998). *Política Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Barata, O. (2012). *Política Social e Sociologia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Bento, A & Barreto, E. (2002). *Sem-amor sem-abrigo*. Lisboa: Climepsi Editores.

Brandão, A. (2002) Conceitos e Coisas: Robert Castel, a “Desfiliação” e a pobreza urbana do Brasil. Acedido em Janeiro, 2015: <file:///C:/Users/Telma/Downloads/34-147-1-PB.pdf>.

Comunidade Vida e Paz. (2013a). Acedido em Junho, 2013 em: <http://cvidaepaz.pt/site/>.

Comunidade Vida e Paz. (2013b). Relatório Geral de Actividades 2013. Acedido em Outubro, 2014 em: <http://cvidaepaz.pt/site/>.

Carmo, H., Esgaio, A., Pinto, C. (2014). *Intervenção Social com Grupos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Carmo, H. (1996). *Exclusão Social: Rotas de Intervenção*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Carmo, H. (2008). *Metodologia da Investigação: Um guia para auto-aprendizagem*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.

Carmo, H. (2001). *Problemas Sociais Contemporâneos*. Lisboa: Universidade Aberta.

Comunidade Vida e Paz. (2013) Relatório Geral de Actividades. Acedido em 11 de Janeiro, 2014 em: <http://www.cvidaepaz.pt/site/wp-content/uploads/2014/05/Relat%C3%B3rio-20131.pdf>.

Costa, A. (1998). *Exclusões Sociais*. (1ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Decreto-lei no 420/70 de 5 de Setembro do *Ministério da Justiça*. Diário do Governo: I série, No 204 (1970). Acedido em 10 de Janeiro, 2015 em:

http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Legislacao/Lists/SICAD_LEGISLACAO/Attachments/701/dl420_70.pdf.

Decreto-Lei no 130-A/2001, de 23 de Abril da *Presidência do Conselho de Ministros*. Diário da República: I série-A, No 95 (2001). Acedido em 10 de Janeiro, 2015 em:

http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Legislacao/Lists/SICAD_LEGISLACAO/Attachments/672/dl_130_A_2001.pdf.

Decreto-Lei no 124/2011, de 29 de dezembro do *Ministério da Saúde*. Diário da República: I série, No 249 (2011). Acedido em 10 de Janeiro, 2015 em:

http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/EB67ABF9-0C8B-40C2-BE5A-4F851797662F/0/decretolei_124_2011.pdf.

Dias, F. (2002). *Sociologia da Toxicodependência*. Lisboa: Instituto Piaget.

Dias, L. (s.d.). Da criminalização à descriminalização - Evolução das Políticas da Droga em Portugal de 1970 a 2010. Acedido em 15 de Janeiro, 2015, em: <http://www.iseg.utl.pt/aphes30/docs/progdocs/LUCIA%20DIAS.pdf>.

EAPN (s.d.). O que fazemos – Activar a participação. Acedido em 7 de Janeiro de 2015 em: http://www.eapn.pt/projectos_visualizar.php?ID=10.

Instituto da Segurança Social, IP. (2009) *Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem -Abrigo – 2009-2015*. Lisboa: ISS, IP.

Fernandes, M. (2006). “Fechados no Silêncio”. Lisboa: Universidade Aberta. Acedido em 5 de Fevereiro, 2012 em: <http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/619>.

Fonseca, E., & Quintas, J. (1997). *Droga-Crime. A criminalização da Droga: da emergência à aplicação da lei*. Lisboa: A. Coelho Dias.

Fonseca, C. (2006). Consumo de Drogas: Crime ou Contra-Ordenação?. Acedido em 5 de Janeiro, 2015 em: http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/CRF.pdf.

Freitas, S. (2008). “Da Toxicodependência à Reinserção Social”. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Gesaworld, SA. (2013). *Avaliação Externa – Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDT)*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de um Sociologia de Acção*. (2ª ed.). Estoril: Principia.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2003). “A situação do País em matéria de Droga e Toxicodependência”. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. (s.d.). “Conceito de Pessoa Sem-Abrigo”. Lisboa: IDT. Acedido em 20 de Fevereiro, 2012 em: [http://www.idt.pt/PT/Reinsercao/Documents/conceito%20sem-abrigo%20\(2\).pdf](http://www.idt.pt/PT/Reinsercao/Documents/conceito%20sem-abrigo%20(2).pdf).

Instituto da Segurança Social. (2005). “Estudos dos Sem-Abrigo”. Lisboa: Grafilinha.

Lei no 30/2000, de 29 de novembro da *Assembleia da República*. Acedido em 10 de Janeiro, 2015 em:

http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Legislacao/Lists/SICAD_LEGISLACAO/Attachments/525/lei_30_2000.pdf.

Lino, T. (2006). “Alcoolismo-da causa à doença”. Acedido em 2 de Julho, 2013 em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0054.

Lito, A., Sousa, I., Tormenta, S. (2005). “Toxicodependentes: trajectórias, perfis sociopsicológicos, padrões familiares, e processos mentais”. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 2 de Julho, 2013 em: http://docbweb.idt.pt:81/multimedia/pdfs/m_6676.pdf.

Lúcio, J. (s.d.). Combatendo o Fenómeno dos Sem-Abrigo: Estratégias e Políticas para apoiar a população sem-abrigo na Cidade de Lisboa. Acedido em 3 de Janeiro, 2015 em: http://www.academia.edu/466834/Combatendo_o_Fen%C3%B3meno_dos_Sem-Abrigo_Estrat%C3%A9gias_e_Pol%C3%ADticas_para_apoiar_a_popula%C3%A7%C3%A3o_sem-abrigo_na_Cidade_de_Lisboa.

Marques, A. (2008). A(s) Droga(s) e a(s) Toxicodependência(s) - Representações Sociais e Políticas em Portugal. Acedido em 22 de Dezembro, 2014 em: http://issuu.com/ana_fernandes/docs/ce3b74ecd01.

Martins, A. (2007). *As sem abrigo de lisboa - Estudo realizado na AMI em Lisboa (centros sociais de Olaias e Chelas)*. Lisboa: Universidade Aberta.

Matos, M., Carvalhosa, S., (2001). “Os Jovens Portugueses e o consumo de droga”. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana. Acedido em 2 de Julho, 2013 em: <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/droganac.pdf>.

Maurice, C. (2002). *Criminologia*. (2ª ed.). Lisboa: Casa das Letras.

Mello, M., Barrias, J., Breda, J. (2001). “Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal”. Lisboa: Direcção-geral de Saúde. Acedido em 2 de Julho, 2013 em: http://tne.fct.unl.pt/file.php/30/DEPENDENCIAS/alcoolismo_dgs.pdf.

Menezes, F. (2012). *Percursos Sem Abrigo: Histórias das ruas de Paris, Lisboa e Londres*. Lisboa: Mundos Sociais.

Núncio, M. (2010). *Introdução ao Serviço Social: História, Teoria e Métodos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Pereira, M. (2013). “Toxicodependência. Noções e Conceitos”. Acedido em 2 de Julho, 2013 em:

<http://www.miluzinha.com/wp-content/uploads/2011/12/Toxicodepend%C3%Aancia.pdf>.

Pinheiro, I. (1992). “*A relação familiar nas famílias com problemas de toxicodependência*”. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Rebelo, J. (2007). “A Reinserção Social-Experiencias de percursos de Toxicodependentes - Análise qualitativa”. Porto: Universidade do Porto – Faculdade de Economia. Acedido em 2 de Julho, 2013 em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7463/9/MDISDissertao%20de%20mestrado%20de%20Jorge%20Rebelo.pdf>.

Rebelo, J. (2008). “Relações familiares e toxicodependência”. Coimbra: Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Acedido em 2 de Julho, 2013 em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11784/4/TESEJoanaMRebelo.pdf>.

Rede Social de Lisboa. (2009). Plano Cidade para a Pessoa Sem Abrigo – Lisboa. Lisboa: RES.

Relatório Anual. (2010). “A evolução do fenómeno da Droga na Europa”. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2010. Acedido em 2 de Julho, 2013 em: <http://bookshop.europa.eu/pt/relat-rio-anual-2010-pbTDAC10001/?CatalogCategoryID=9lUKABst9YMAAAEjTYcY4e5K>.

Relatório Anual. (2012). “A evolução do fenómeno da Droga na Europa”. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2012. Acedido em 2 de Julho, 2013 em: <http://bookshop.europa.eu/pt/relat-rio-anual-2012-pbTDAC12001/?CatalogCategoryID=9lUKABst9YMAAAEjTYcY4e5K>.

Relatório Anual. (2013). “Relatório Europeu sobre Drogas”. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2013. Acedido em 2 de Julho, 2013 em: <http://bookshop.europa.eu/pt/relat-rio-europeu-sobre-drogas-2013-pbTDAT13001/?CatalogCategoryID=9lUKABst9YMAAAEjTYcY4e5K>.

Resolução do Conselho de Ministros no 46/99, de 22 de Abril *da Presidência do Conselho de Ministros*. Acedido em 10 de Janeiro, 2015 em: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/71/ENresolucao.pdf.

Rodrigues, E. et al. (s.d.). “A Pobreza e a Exclusão Social: Teorias, Conflitos e Políticas Sociais em Portugal”. Coimbra: Universidade de Coimbra – Faculdade de Economia. Acedido em 5 de Fevereiro, 2012 em:

<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1468.pdf>.


Santos, C., Albuquerque, C., Almeida, H. (2013). *Serviço Social: Mutações e Desafios*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

SICAD. (s.d.). Acedido em 11 de Janeiro, 2015 em:
<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>.

Silva, L. (2001). *Intervenção Psico-social*. Lisboa: Universidade Aberta.

Anexo I

Exemplar do Questionário aplicado no Espaço Aberto ao Diálogo

 EAD	QUESTIONÁRIO DO ESPAÇO ABERTO AO DIÁLOGO
--	---

Data: ____/____/____ Técnico de referência: _____ Nº _____

I – Dados de identificação

Nome Completo: _____ Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: ____ Local de nascimento: _____

Filho de: _____

Nacionalidade: _____

Situação: _____ Está em Lisboa há quanto tempo? _____ E. Civil: _____

Tem filhos? ____ Contactos: _____ Hab. Escolares? _____

Profissão: _____ Local de Dormida: _____

Recebe Subsídio? Sim ____ Não ____ Qual? _____ Valor: _____ Qual o seu principal meio de sobrevivência? _____ Tempo de desemprego: ____

Morada: _____

II – Caracterização Genérica

Esta noite vai dormir aonde: _____

É a primeira vez que se encontra na situação de Sem-Abrigo? Sim ____ Não ____ Quando: _____

Durante quanto tempo? _____ Quais os motivos que o levaram à situação presente: _____

Se precisar de ajuda pode contar com o apoio de alguém? (Família, etc.) _____

Problemática do utente: _____

Percurso Biográfico do Utente: _____

Relação familiar: _____



EAD

QUESTIONÁRIO DO ESPAÇO ABERTO AO DIÁLOGO**III – Problemas de adição ou de saúde?**Alcoolismo ☐ Toxicodependência ☐ Deficiência física ☐ Qual? _____Perturbação mental ☐ Qual? _____ Doença crónica ☐ Qual? _____Outros ☐ Quais? _____Hepatite ☐ VIH/Sida ☐ Tuberculose ☐ Ns / Nr ☐ Sem problemas ☐

Quais substâncias (drogas) costuma consumir (últimos 30 dias)? Destas qual é a principal? Qual é a via de administração? _____

IV – Instituições

Como conheceu a CVPaz? _____

Já esteve em C. Terapêutica (s)? Quais? _____

Está inscrito num CAT? _____ Está a tomar metadona / Subutex? _____ Quantidade: _____

É a 1ª vez que está no Espaço Aberto ao Diálogo? _____ Quando? _____

Recebe apoio de alguma Instituição? _____ Quais? _____

O que é mais importante para resolver a sua situação?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arranjar uma casa / abrigo | <input type="checkbox"/> Fazer a desintoxicação e deixar os consumos |
| <input type="checkbox"/> Encontrar um emprego | <input type="checkbox"/> Conseguir a regularização / legalização |
| <input type="checkbox"/> Constituir família | <input type="checkbox"/> Ingressar na CVPaz |
| <input type="checkbox"/> Resolver problemas de saúde | <input type="checkbox"/> Regressar ao País de origem |
| <input type="checkbox"/> Ns / Nr | <input type="checkbox"/> Conseguir o Bilhete de Identidade |
| <input type="checkbox"/> Outra solução | Qual? _____ |

Problemas Judiciais: _____**Relatório Social do Utente:** _____**Relatório Médico do Utente:** _____**Proposta Terapêutica:** _____

Anexo II

Apresentação dos resultados da análise do questionário

Neste anexo o que se pretende é a apresentação da análise feita dos dados recolhidos na instituição, através do questionário pré-existente na instituição. A análise será feita de acordo com os seguintes três indicadores:

1- Perfil:

No que diz respeito ao perfil dos indivíduos em estudo temos dois indicadores que nos permitem caracterizar o mesmo, são eles:

1.1- Perfil Sociodemográfico;

1.2- História de vida.

O perfil sociodemográfico caracteriza-se pelas variáveis: idade, sexo, local de nascimento, nacionalidade, estado civil, habilitações escolares e profissão.

Relativamente à idade dos indivíduos podemos verificar que a média de idades é de 39 anos, e que 53,3% dos inquiridos tinham idades até aos 40 anos e 46,7% tinham idades de 40 ou mais anos.

Tabela 9- Média de Idades

N	Valid	30
	Missing	8
Mean		38,58

Tabela 10- Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	até 40	16	42,1	53,3	53,3
	40 e mais anos	14	36,8	46,7	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

Relativamente ao local de nascimento sabemos que mais de metade dos indivíduos inquiridos era de Lisboa e do Centro Litoral, cerca de 63,3%, e que 65,8% era de nacionalidade portuguesa.

Tabela 11- Local de Nascimento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Lisboa e Centro Litoral	19	50,0	63,3	63,3
Porto e Norte Litoral	3	7,9	10,0	73,3
Açores e Madeira	2	5,3	6,7	80,0
Valid Outros países - África	3	7,9	10,0	90,0
Outros países resto do Mundo	3	7,9	10,0	100,0
Total	30	78,9	100,0	
Missing System	8	21,1		
Total	38	100,0		

Tabela 12- Nacionalidade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8	21,1	21,1	21,1
Angolano	2	5,3	5,3	26,3
Cubano	1	2,6	2,6	28,9
Moçambicano	1	2,6	2,6	31,6
Portuguesa	25	65,8	65,8	97,4
Portuguesa/Francesa	1	2,6	2,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Os indivíduos eram maioritariamente de estado civil solteiro, 83,3%.

Tabela 13- Estado Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Solteiro	25	65,8	83,3	83,3
Casado	1	2,6	3,3	86,7
Dicorciado	3	7,9	10,0	96,7
Viúvo	1	2,6	3,3	100,0
Total	30	78,9	100,0	
Missing System	8	21,1		
Total	38	100,0		

66,6% dos indivíduos tinham habilitações escolares entre o 5º ano e o 9º ano. Com isto, podemos concluir, que mais de metade dos inquiridos tinha habilitações de ensino intermédio, entre o 2º e 3º ciclo.

Tabela 14- Habilitações Escolares

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
até 4º classe	7	18,4	23,3	23,3
entre o 5º ano e o 6º ano	10	26,3	33,3	56,7
Valid entre o 7º ano e o 9ºano	10	26,3	33,3	90,0
entre o 10º ano e o 12º ano	3	7,9	10,0	100,0
Total	30	78,9	100,0	
Missing System	8	21,1		
Total	38	100,0		

Por fim, cerca de 53,8% desempenharam profissões ditas conexas (Tabela 7). Este resultado deve-se ao facto de mais de metade dos inquiridos (66,6%) ter habilitações escolares entre o 2º e 3º ciclo.

Tabela 15- Profissão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Profissões conexas	14	36,8	53,8	53,8
	Restauração e serviços pessoais	8	21,1	30,8	84,6
	Outros	4	10,5	15,4	100,0
	Total	26	68,4	100,0	
Missing	999	4	10,5		
	System	8	21,1		
	Total	12	31,6		
Total		38	100,0		

Após a descrição do perfil sociodemográfico dos indivíduos em estudo procedi ao cruzamento entre algumas variáveis que caracterizam este indicador, desta forma foi possível verificar que o único que apresentava alguma significância era o cruzamento entre a variável habilitações escolares e a variável idade devido à fraca disparidade das variáveis em estudo (Tabela 8). Assim, 43,8% dos inquiridos com idade até aos 40 anos tinham habilitações escolares entre o 5º e o 6º ano, e 37,5% dos indivíduos tinham habilitações entre o 7º e o 9º ano. Desta forma, e comparando com os indivíduos com 40 e mais anos, podemos verificar que os inquiridos com idades abaixo dos 40 anos são os que têm um maior índice de escolaridade, apesar de ser naqueles que têm mais de 40 anos que se verifica um número maior de inquiridos com o 10º ano ou mais. Isto pode estar relacionado com o facto de nos dias de hoje a maioria das profissões exigir pelo menos o 9º ano completo.

Tabela 16- Cruzamento entre a Idade e as Habilitações Escolares

			Idade		Total
			até 40	40 e mais anos	
Habilitações Escolares_COD	até 4º classe	Count	2	5	7
		% within IDADE_COD	12,5%	35,7%	23,3%
	entre o 5º ano e o 6º ano	Count	7	3	10
		% within IDADE_COD	43,8%	21,4%	33,3%
	entre o 7º ano e o 9ºano	Count	6	4	10
		% within IDADE_COD	37,5%	28,6%	33,3%
	entre o 10º ano e o 12º ano	Count	1	2	3
		% within IDADE_COD	6,2%	14,3%	10,0%
Total		Count	16	14	30
		% within IDADE_COD	100,0%	100,0%	100,0%

Relativamente ao cruzamento entre a variável profissão e a idade (Tabela 9) verificamos que a maioria dos inquiridos, cerca de 53,8%, que desempenhava profissões ditas conexas, tinha mais de 40 anos.

Tabela 17- Cruzamento entre a Profissão e a Idade

			Idade		Total
			até 40	40 e mais anos	
Profissão_COD	Profissões conexas	Count	7	7	14
		% within IDADE_COD	53,8%	53,8%	53,8%
	Restauração e serviços pessoais	Count	3	5	8
		% within IDADE_COD	23,1%	38,5%	30,8%
	Outros	Count	3	1	4
		% within IDADE_COD	23,1%	7,7%	15,4%
	Total	Count	13	13	26
		% within IDADE_COD	100,0%	100,0%	100,0%

1.2- História de vida:

Relativamente à caracterização dos perfis dos indivíduos em estudo, é imprescindível analisar o indicador da história de vida. Para isso é necessário analisar as seguintes variáveis: os motivos que os inquiridos consideram que os conduziram à condição de sem abrigo; a problemática do utente; o percurso biográfico (variável drogas e outros); a relação familiar e os problemas judiciais. Para além disto foram feitos todos os cruzamentos de variáveis possíveis mas colocados apenas os que apresentavam significância para este trabalho.

Os motivos que levaram os inquiridos à situação presente na altura do preenchimento do inquérito foram maioritariamente a toxicodependência, com 41,3%, de acordo com a Tabela 10 abaixo:

Tabela 18- Motivos

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Motivos	Toxicodependência	19	41,3%	63,3%
	Alcoolismo	7	15,2%	23,3%
	PSA	2	4,3%	6,7%
	Reclusão	6	13,0%	20,0%
	Desemprego	6	13,0%	20,0%
	Desestruturação familiar	4	8,7%	13,3%
	Deportação	2	4,3%	6,7%
	Total	46	100,0%	153,3%

No que diz respeito à problemática associada a cada um dos indivíduos inquiridos podemos verificar que 41,3% tem a reclusão a si associada e 33,3% é toxicodependente.

Tabela 19- Problemáticas

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Problemática	Toxicodependência	21	33,3%	70,0%
	Alcoolismo	6	9,5%	20,0%
	PSA	6	9,5%	20,0%
	Reclusão	26	41,3%	86,7%
	Desemprego	4	6,3%	13,3%
	Total	63	100,0%	210,0%

No que diz respeito à caracterização do percurso biográfico temos duas variáveis que importam analisar, são elas a variável drogas e a outros.

Relativamente ao percurso do consumo sabemos que 38,9% é consumidor de drogas, que 13,0% consome Haxixe, que 7,4% consome álcool, e, ainda com relevância, que 24,1% diz já ter frequentado alguma Comunidade Terapêutica (Tabela 12).

Tabela 20- Drogas

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Drogas	Consumo de Drogas	21	38,9%	77,8%
	Consumo de Haxixe	7	13,0%	25,9%
	Consumo de Cocaína	2	3,7%	7,4%
	Consumo de Heroína	2	3,7%	7,4%
	Consumo de Álcool	4	7,4%	14,8%
	Tráfico de Droga	3	5,6%	11,1%
	Reabilitação/Comunidade Terapêutica	13	24,1%	48,1%
	Outros	2	3,7%	7,4%
	Total	54	100,0%	200,0%

Outras características comuns no percurso biográfico destes indivíduos são as rupturas familiares e a falta de apoio por estes prestados. Cerca de 26,7% dos inquiridos mencionou esta situação e 20,0% referiu a questão da reclusão.

Tabela 21- Outros

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Outros	Deportação/Exílio Político/Emigração	7	11,7%	28,0%
	Problemas Legais	5	8,3%	20,0%
	Reclusão	12	20,0%	48,0%
	Histórico de Agressões/Comportamento Abusivo	7	11,7%	28,0%
	Ruptura Familiar/Falta de apoio	16	26,7%	64,0%
	Institucionalização	4	6,7%	16,0%
	Delinquência Juvenil	5	8,3%	20,0%
	Desemprego	2	3,3%	8,0%
	Outros	2	3,3%	8,0%
	Total	60	100,0%	240,0%

Relativamente ao contacto que os inquiridos mantêm com familiares percebemos, através da Tabela 14, que 60,0% mantém contacto. Desta forma podemos comparar com a tabela outros (acima representada) e perceber que apesar de a maioria manter contacto com familiares existe alguma falta de apoio por parte dos mesmos (26,7% dos inquiridos referiu essa falta de apoio).

Tabela 22- Contacto com familiares

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tem contacto	12	31,6	40,0	40,0
Valid Não tem contacto	18	47,4	60,0	100,0
Total	30	78,9	100,0	
Missing System	8	21,1		
Total	38	100,0		

Em relação aos problemas judiciais, que são uma característica presente nas histórias de vida destes inquiridos, podemos perceber que 40,6% dos mesmos cometeu furtos e 28,1% praticou agressões contra outrem. A prática de tráfico de droga é-nos apresentada com uma percentagem de 18,8%.

Tabela 23- Problemas Judiciais

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Judiciais	Furtos	13	40,6%	44,8%
	Agressões	9	28,1%	31,0%
	Tráfico de Droga	6	18,8%	20,7%
	Outros	4	12,5%	13,8%
Total		32	100,0%	110,3%

Na caracterização do indicador história de vida também foi considerado importante cruzamentos entre algumas das variáveis, no entanto, apenas foram colocados, neste capítulo, os que apresentavam algum significado para o estudo.

Quando cruzamos a variável problemáticas com a variável contacto com familiares percebemos que 57,1% dos toxicodependentes não têm contacto com familiares. O mesmo acontece com os que têm a problemática do alcoolismo. Cerca de 83,3% também não mantêm contacto. Isto está associado ao facto de o consumidor estar centrado nos consumos e não em estabelecer relações interpessoais.

Tabela 24- Cruzamento das Problemáticas com o Contacto com familiares

			Contacto com familiares		Total
			Tem contacto	Não tem contacto	
Problemática	Toxicodependência	Count	9	12	21
		% within \$PROBLEMATICA	42,9%	57,1%	
	Alcoolismo	Count	1	5	6
		% within \$PROBLEMATICA	16,7%	83,3%	
	PSA	Count	4	2	6
		% within \$PROBLEMATICA	66,7%	33,3%	
	Reclusão	Count	11	15	26
		% within \$PROBLEMATICA	42,3%	57,7%	
	Desemprego	Count	1	3	4
		% within \$PROBLEMATICA	25,0%	75,0%	
Total	Count	12	18	30	

Do cruzamento entre a variável outros e a variável contacto com os familiares percebemos que todos os inquiridos que referiram que tiveram percursos delinquentes e episódios de desemprego ao longo do seu percurso de vida mencionaram que não tinham qualquer tipo de contacto com familiares.

Tabela 25- Cruzamento entre Outros e Contacto com familiares

			Contacto com familiares		Total
			Tem contacto	Não tem contacto	
Outros	Deportação/Exílio	Count	3	4	7
	Político/Emigração	% within \$OUTROS	42,9%	57,1%	
	Problemas Legais	Count	3	2	5
		% within \$OUTROS	60,0%	40,0%	
	Reclusão	Count	4	8	12
		% within \$OUTROS	33,3%	66,7%	
	Histórico de	Count	3	4	7
	Agressões/Comportamento	% within \$OUTROS	42,9%	57,1%	
	Abusivo				
	Ruptura Familiar/Falta de	Count	5	11	16
	apoio	% within \$OUTROS	31,2%	68,8%	
	Institucionalização	Count	1	3	4
		% within \$OUTROS	25,0%	75,0%	
	Delinquência Juvenil	Count	0	5	5
		% within \$OUTROS	0,0%	100,0%	
	Desemprego	Count	0	2	2
		% within \$OUTROS	0,0%	100,0%	
	Outros	Count	0	2	2
		% within \$OUTROS	0,0%	100,0%	
Total		Count	9	16	25

2- Consumo

Quando falamos no consumo de substâncias psicoativas verificamos 3 indicadores importantes a estudar, sendo eles:

2.1 - A adição dos inquiridos;

2.2 - A associação de consumos;

2.3 - A variação dos consumos.

Relativamente aos consumos de substâncias psicoactivas podemos verificar, através da tabela alcoolismo, que 43,3% tinha consumos de álcool e que, de acordo com a tabela toxicodependência, 76,7% era consumidor de drogas. Estes valores devem-se ao facto de alguns utentes apresentarem policonsumos.

Tabela 26- Alcoolismo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	17	44,7	56,7	56,7
	Sim	13	34,2	43,3	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

Tabela 27- Toxicodependência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	7	18,4	23,3	23,3
	Sim	23	60,5	76,7	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

2.2 - Associação de consumos:

Relativamente aos consumos dos inquiridos no último mês verifica-se que 24,6% consumiu metadona, 21,1% haxixe, 17,5% álcool, 14,0% cocaína e 10,5% heroína. Apenas 7,0%, no último mês, não tinha tido qualquer consumo de substâncias psicoactivas (Tabela 20).

Tabela 28- Consumo no último mês

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Consumo _mês	Heroína	6	10,5%	20,0%
	Cocaína	8	14,0%	26,7%
	Haxixe	12	21,1%	40,0%
	Álcool	10	17,5%	33,3%
	Medicação	3	5,3%	10,0%
	Metadona	14	24,6%	46,7%
	Sem consumos	4	7,0%	13,3%
Total		57	100,0%	190,0%

2.3 - Variação de consumos:

No que diz respeito à variação de consumos, e através da tabela abaixo mencionada da substância principal, percebemos que 40,7% era consumidor de heroína, 22,2% consumidor de álcool, 18,5% consumia haxixe e 14,8% cocaína.

Tabela 29- Substância principal de consumo

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Substancia principal	Heroína	11	40,7%	42,3%
	Cocaína	4	14,8%	15,4%
	Haxixe	5	18,5%	19,2%
	Álcool	6	22,2%	23,1%
	5	1	3,7%	3,8%
Total		27	100,0%	103,8%

Relativamente ao número de anos, durante os quais os inquiridos consumiram, sabemos que 57,1% consumiam há menos de 25 anos e que 42,9% consumia há mais de 25 anos (Tabela 22).

Tabela 30- Tempo de consumo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 25 anos	12	31,6	57,1	57,1
	Mais de 25 anos	9	23,7	42,9	100,0
	Total	21	55,3	100,0	
Missing	999	4	10,5		
	System	13	34,2		
	Total	17	44,7		
Total		38	100,0		

Após a análise das variáveis relativas ao indicador consumo procedi aos cruzamentos entre as mesmas com o objectivo de conseguir mais informação acerca dos inquiridos. Mais uma vez apenas serão apresentados dados com significância.

Desta forma, e relativamente ao cruzamento dos alcoólicos com o consumo no último mês sabemos que destes, consumiram álcool, 76,9%, que 53,8% consumiram haxixe e 30,8% metadona (daí os policonsumos). Estes foram os dados mais significativos deste cruzamento.

Tabela 31- Cruzamento entre o Alcoolismo e o Consumo no último mês

		Consumo no último mês						Total
		Heroína	Cocaína	Haxixe	Álcool	Medicação	Metadona	
ALCOOLISMO_COD Sim	Count	1	1	7	10	3	4	13
	% within ALCOOLISMO_COD	7,7%	7,7%	53,8%	76,9%	23,1%	30,8%	
Total		1	1	7	10	3	4	13

Através do cruzamento da Tabela 24 percebemos que 47,8% dos toxicodependentes consumiram haxixe e metadona, que 34,8% consumiram cocaína, e por fim, interessa dar destaque aos 30,4% que consumiram álcool.

Tabela 32- Cruzamento entre a Toxicodependência e o Consumo no último mês

			Consumo no último mês						Total
			Heroína	Cocaína	Haxixe	Álcool	Medicação	Metadona	
Count			6	8	11	7	3	11	23
TOXICODEPENDÊNCIA	Sim	% within	26,1	34,8%	47,8	30,4	13,0%	47,8%	
_COD	m	TOXICODEPENDÊNCIA	%		%	%			
_COD									
Total		Count	6	8	11	7	3	11	23

Sabemos também, através da Tabela 25, que 47,8% dos toxicodependentes tinham consumo de heroína.

Tabela 33- Cruzamento entre a Toxicodependência e a Principal substância consumida

			Principal substância consumida					Total
			Heroína	Cocaína	Haxixe	Álcool	5	
Count			11	4	4	4	1	23
TOXICODEPENDÊNCIA	Sim	% within	47,8%	17,4%	17,4%	17,4%	4,3%	
_COD		TOXICODEPENDÊNCIA						
_COD								
Total		Count	11	4	4	4	1	23

Relativamente ao cruzamento entre a principal substância consumida e o tempo de consumo (Tabela 26) sabe-se que 55,6% dos consumidores de heroína consomem há mais de 25 e que 60,0% dos que consomem álcool consomem há menos de 25 anos.

Tabela 34- Cruzamento entre a Principal substância consumida e o Tempo de consumo

			Tempo de consumo		Total
			Menos de 25 anos	Mais de 25 anos	
Substância principal	Heroína	Count	4	5	9
		% within	44,4%	55,6%	
		\$SUBS_PRINCIPAL			
	Cocaína	Count	2	2	4
		% within	50,0%	50,0%	
		\$SUBS_PRINCIPAL			
	Haxixe	Count	3	0	3
		% within	100,0%	0,0%	
		\$SUBS_PRINCIPAL			
	Álcool	Count	3	2	5
		% within	60,0%	40,0%	
		\$SUBS_PRINCIPAL			
5	Count	1	0	1	
	% within	100,0%	0,0%		
	\$SUBS_PRINCIPAL				
Total		Count	12	9	21

6- Encaminhamento

Relativamente a este último ponto temos como indicadores:

- 3.1 - Historial de respostas sociais;
- 3.2 - Projecto de vida;
- 3.3 - Adesão ou não à proposta terapêutica.

No que diz respeito ao historial de respostas sociais temos duas variáveis ditas importantes neste estudo, nomeadamente a frequência em Comunidade Terapêutica em que 53,3% nunca frequentou nenhuma (Tabela 27). E a variável inscrição em Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) onde se verifica que 63,3% já tinha efectuado a inscrição (Tabela 28).

Tabela 35- Frequência em Comunidade Terapêutica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	42,1	53,3	53,3
	Sim	14	36,8	46,7	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

Tabela 36- Inscrição em Centro de Atendimento a Toxicodependentes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	11	28,9	36,7	36,7
	Sim	19	50,0	63,3	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

3.2 - Projecto de vida:

Neste indicador consideramos importantes as variáveis relativas àquilo que os inquiridos consideravam ser importante para resolver a sua situação na altura do preenchimento do inquérito. Desta forma temos as variáveis casa/abrigo, emprego, constituir família, resolver problemas de saúde, desintoxicação, legalização, ingressar na Comunidade Vida e Paz, regresso ao país, conseguir BI e outra solução.

Relativamente à variável casa/abrigo, dos 30 inquiridos só 33,3% consideravam importante para resolver a situação actual ter uma casa/abrigo (Tabela 29).

Tabela 37- Casa/Abrigo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	20	52,6	66,7	66,7
	Sim	10	26,3	33,3	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

Relativamente à importância do emprego apenas 40,0% dos 30 indivíduos o consideravam relevante.

Tabela 38- Emprego

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	18	47,4	60,0	60,0
	Sim	12	31,6	40,0	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

A constituição de família não era de todo algo importante, apenas 3,3% referiram esta questão (Tabela 31).

Tabela 39- Constituir família

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	29	76,3	96,7	96,7
	Sim	1	2,6	3,3	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

A resolução de problemas de saúde não foi apontada por nenhum inquirido como importante.

Tabela 40- Resolver problemas de Saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	30	78,9	100,0	100,0
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

Quando foi referida a desintoxicação não se verificou que esta questão tivesse sido muito importante para a vida dos inquiridos tendo em conta que só 26,7% referiu esta necessidade.

Tabela 41- Desintoxicação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	22	57,9	73,3	73,3
	Sim	8	21,1	26,7	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

Relativamente à legalização ninguém manifestou essa necessidade.

Tabela 42- Legalização

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	30	78,9	100,0	100,0
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

No que diz respeito ao ingresso na instituição Comunidade Vida e Paz temos 50,0% dos inquiridos a referir o mesmo como importante na sua situação actual.

Tabela 43- Ingressar na Comunidade Vida e Paz

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	15	39,5	50,0	50,0
	Sim	15	39,5	50,0	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

Como de esperar também nenhum considerou a necessidade de regressar ao seu país.

Tabela 44- Regresso ao País

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	30	78,9	100,0	100,0
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

Relativamente a conseguir obter o Cartão de Cidadão apenas 13,3% referiram esta questão.

Tabela 45- Conseguir Cartão de Cidadão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	26	68,4	86,7	86,7
	Sim	4	10,5	13,3	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

Por fim ainda foi possível apontar outras questões que fossem importantes para resolver a situação mas apenas 20,0% referiu essa necessidade.

Tabela 46- Outra solução

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	24	63,2	80,0	80,0
	Sim	6	15,8	20,0	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	System	8	21,1		
Total		38	100,0		

3.3 - Adesão ou não à proposta terapêutica:

Por último, como indicador que caracteriza o encaminhamento, temos esta questão da adesão ou não às propostas terapêuticas que foram feitas em cada caso específico. Como variáveis relevantes temos então a proposta terapêutica e a resposta do utente à terapêutica.

Quando falamos em proposta terapêutica apontamos para três: as comunidades terapêuticas que foram propostas a 61,5%, o tratar do Cartão de Cidadão a 17,9%, e por último o apoio de instituições sociais como resposta social em 20,5% dos casos (Tabela 39).

Tabela 47- Proposta Terapêutica

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Proposta Terapêutica	Comunidade Terapêutica	24	61,5%	80,0%
	Cartão de Cidadão	7	17,9%	23,3%
	Instituições de Apoio Social	8	20,5%	26,7%
Total		39	100,0%	130,0%

Relativamente às respostas dos utentes às propostas de terapêutica sabemos, através da Tabela 40, que 53,3% aceitou, que 30,0% aceitou mas desistiu do processo e que 16,7% recusaram a proposta do técnico.

Tabela 48- Resposta do utente à proposta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Aceitou	16	42,1	53,3	53,3
Recusou	5	13,2	16,7	70,0
Aceitou mas Desistiu	9	23,7	30,0	100,0
Total	30	78,9	100,0	
Missing				
System	8	21,1		
Total	38	100,0		

No que diz respeito aos cruzamentos foram considerados, mais uma vez, os mais relevantes, nomeadamente a frequência em uma Comunidade Terapêutica com a inscrição em Centros de Apoio a Toxicodependentes, e o que podemos verificar, na Tabela 41, é que 85,7% dos inquiridos que frequentaram Comunidade Terapêutica estavam inscritos num Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT).

Tabela 49- Cruzamento entre a Frequência em Comunidade Terapêutica e a Inscrição em Centro de Atendimento a Toxicodependentes

			Inscrição CAT		Total
			Não	Sim	
Frequência C.T_COD	Não	Count	9	7	16
		% within FREQUÊNCIA C.T_COD	56,2%	43,8%	100,0%
	Sim	Count	2	12	14
		% within FREQUÊNCIA C.T_COD	14,3%	85,7%	100,0%
Total	Count		11	19	30
	% within FREQUÊNCIA C.T_COD		36,7%	63,3%	100,0%

Aos inquiridos que já tinham frequentado comunidades terapêuticas foi, novamente proposto, o ingresso numa Comunidade Terapêutica.

Tabela 50- Cruzamento entre a Frequência em Comunidade Terapêutica e a Proposta Terapêutica

			Proposta Terapêutica			Total
			Comunidade Terapêutica	Cartão de Cidadão	Instituições de Apoio Social	
Frequência	Count		14	4	1	14
C.T_COD	Sim % within FREQUÊNCIA_C.T_COD		100,0%	28,6%	7,1%	
Total	Count		14	4	1	14

Na Tabela 43 foi possível verificar que dos utentes que frequentaram Comunidade Terapêutica 42,9% aceitou a proposta terapêutica feita pelo técnico e que 28,6% aceitou mas desistiu ou então recusou.

Tabela 51- Cruzamento entre a Frequência em Comunidade Terapêutica e a Resposta do utente à Proposta Terapêutica

			Resposta do utente			Total
			Aceitou	Recusou	Aceitou mas Desistiu	
Frequência	Count		6	4	4	14
C.T_COD	Sim % within FREQUÊNCIA_C.T_COD		42,9%	28,6%	28,6%	
Total	Count		6	4	4	14

Aos inscritos num Centro de Atendimento a Toxicodependentes foi proposto a 94,7% a ida para Comunidade Terapêutica, a 15,8% fazer Cartão de Cidadão e a 5,3% foi proposto apoio social numa instituição (Tabela 44).

Tabela 52- Cruzamento entre a Inscrição em Centro de Atendimento a Toxicodependentes e a Proposta Terapêutica

		Proposta Terapêutica			Total
		Comunidade Terapêutica	Cartão de Cidadão	Instituições de Apoio Social	
Inscrição	Count	18	3	1	19
CAT_COD	Sim % within INSCRIÇÃO CAT_COD	94,7%	15,8%	5,3%	
Total	Count	18	3	1	19

Dos 63,3% que estavam inscritos num CAT, isto é, em regime de ambulatório, 80,0% recusou a proposta, 77,8% aceitou mas acabou por desistir e 50,0% aceitou (Tabela 45).

Tabela 53- Cruzamento entre a Inscrição em Centro de Atendimento a Toxicodependentes e a Resposta do utente à Proposta Terapêutica

		Resposta do utente			Total
		Aceitou	Recusou	Aceitou mas Desistiu	
Inscrição	Count	8	1	2	11
CAT_COD	Não % within RESPOSTA DE UTENTE_PROPOSTA	50,0%	20,0%	22,2%	36,7%
	Count	8	4	7	19
	Sim % within RESPOSTA DE UTENTE_PROPOSTA	50,0%	80,0%	77,8%	63,3%
Total	Count	16	5	9	30
	% within RESPOSTA DE UTENTE_PROPOSTA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De acordo com o cruzamento realizado na Tabela 46 podemos verificar que 41,7% dos indivíduos, a quem foi proposta ida para Comunidade Terapêutica, aceitou a proposta, mas 20,8% recusou a mesma. A quem foi proposto tirar Cartão de Cidadão, 42,9%, aceitou mas acabou por desistir, isto porque, era muito comum pessoas irem ao Espaço dizer que tinham

perdido, ou que lhes tinha sido roubado, com sentido de venderem o mesmo. Por fim, aceitaram 87,5% daqueles que foram encaminhados para uma instituição de apoio social.

Tabela 54- Cruzamento entre a Proposta Terapêutica com a Resposta do utente à Proposta Terapêutica

			Resposta do utente			Total
			Aceitou	Recusou	Aceitou mas Desistiu	
Proposta Terapêutica	Comunidade Terapêutica	Count	10	5	9	24
		% within \$PROPOSTA_TERAPEUTICA	41,7%	20,8%	37,5%	
	Cartão de Cidadão	Count	2	2	3	7
		% within \$PROPOSTA_TERAPEUTICA	28,6%	28,6%	42,9%	
	Instituições de Apoio Social	Count	7	1	0	8
		% within \$PROPOSTA_TERAPEUTICA	87,5%	12,5%	0,0%	
Total	Count	16	5	9	30	

Anexo III

Carta de recomendação



Comunidade
Vida e Paz

A/c. Orientanda Telma Cunha

Lisboa, 02 Agosto 2012

Assunto: Avaliação Estágio

Tendo em conta os objectivos do estágio realizado (entre o dia 2 de Fevereiro e 2 de Agosto) pela orientanda Telma Cunha, na generalidade, e tendo em conta os objectivos gerais e específicos, demonstra um excelente desempenho.

No que diz respeito aos objectivos gerais, como Responsabilidade, Prática Segundo a Ética, Colheita de Dados, Planeamento, Execução, e Comunicação e Relações Interpessoais, a orientanda demonstrou gradualmente uma consolidação qualitativamente elevada.

Em relação aos objectivos específicos, Elaboração Relatórios Sociais, Acompanhamento Deslocações e Visitas Culturais, Realização Dinâmicas de Grupo, Conhecimento da Rede Institucional Apoio Pessoas Sem-Abrigo, Conhecimento Valências da Comunidade Vida e Paz, Acolhimento-Acompanhamento-Monitorização, Leitura Bibliografia Recomendada, Organização Base Dados de Suporte à Pesquisa de Mestrado, a orientanda demonstra também um desempenho consolidado, ponderado e equilibrado.

Assim, a nota ponderada, e tendo em conta o conjunto dos objectivos gerais e específicos já mencionados, é de 18 valores.

Espaço Aberto ao Diálogo - EAD - Espaço Vasco Neves: Rua Rui de Sousa, lote 68-A, 1950-252 Lisboa
Tel.: 21 859 90 58/59 Fax: 21 859 90 60

Email: geral@ead.cvdaepaz.pt Site: www.cvdaepaz.pt NIPC: 502 310 421

PARA O SEU DONATIVO PODE UTILIZAR A CONTA MONTEPIO GERAL: 0036 0000 9910 5505 0519 6



Comunidade
Vida e Paz

Uma última nota para uma sugestão, a necessidade de aprofundar um pouco mais os modelos sociológicos tanto teóricos como metodológicos.

Sem outro assunto de momento, e disponível para qualquer esclarecimento.

Marco António

Sociólogo

Espaço Aberto ao Diálogo - EAD - Espaço Vasco Neves: Rua Rui de Sousa, lote 68-A, 1950-252 Lisboa
Tel.: 21 859 90 58/59 Fax: 21 859 90 60

Email: geral@ead.cvidaepaz.pt Site: www.cvidaepaz.pt NIPC: 502 310 421

PARA O SEU DONATIVO PODE UTILIZAR A CONTA MONTEPIO GERAL: 0036 0000 9910 5505 0519 6